

Kristiina Salonen

Ikääntyneen asiakkaan hyvän ravitsemuksen turvaaminen kotihoidossa

Opinnäytetyö

Kevät 2020

SeAMK Sosiaali -ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Kristiina Salonen

Työn nimi: Ikääntyneen asiakkaan hyvän ravitsemuksen turvaaminen kotihoidossa

Ohjaaja: Tanja Hautala, TtM, Lehtori & Helinä Mesiäislehto-Soukka TtT, KM, lehtori

Vuosi: 2020

Sivumäärä: 52

Liitteiden lukumäärä: 3

Hyvän ravitsemuksen turvaaminen on tärkeä osa laadukasta hoitotyötä, johon tulisi jokaisen kiinnittää entistä enemmän huomiota. Ravitsemuksen merkitys korostuu erityisesti väestön ikääntyessä, jolloin vajaaravitsemuksen riski kasvaa. Aliravitsemus yksistään lisää ikääntyneen immuunivasteen menetystä ja liikuntakyvyttömyyttä. Tämän vuoksi sen aikainen tunnistaminen ja sen huomioiminen ehkäisee ikääntyneen riskiä joutua ympärivuorokautiseen laitoshoidon. Ikääntyneen hyvä ravitsemus säästää merkittävästi yhteiskunnan resursseja.

Ikääntyneen sairaus lisää aina energiantarvetta. Tutkimuksissa kävi ilmi, että kotihoidon asiakkaista jopa 50 % oli korostunut virheravitsemuksen riski. Virheravitsemuksen riskin tunnistaminen vaatii hoitajalta tietoa ja taitoa. Hoitohenkilökunnan tulisi tietää ravitsemuksen toteuttamisesta, ymmärtää ikääntyneiden ravitsemuksellisia haasteita ja tuntea ikääntyneen asiakkaan ruokailutottumuksia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille erilaisia keinoja Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kotihoidon hoitotyötä tekeville työntekijöille tukemaan ikääntyneiden asiakkaiden turvallista ravitsemusta. Hyvä ravitsemus ennaltaehkäisee aliravitsemusriskiä, ja parantaa kotona asuvan ikäihmisen elämänlaatua ja toimintakykyä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä erityisesti hoitajien tietoutta ikääntyneen asiakkaan ravitsemuksen haasteista, jotta virheravitsemuksen riskejä voidaan tunnistaa ja ennaltaehkäistä aiempaa paremmin.

Opinnäytetyön kysely toteutettiin verkkokyselynä, johon vastasi 45 Kuntayhtymä Kaksineuvoisen hoitotyötä tekevää työntekijää, joiden vastaukset analysoitiin induktiivisella sisältöanalyysillä. Kyselyn mukaan ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemustila on alueella pääasiassa kohtuullisen hyvä. Parannettavaa löytyy hoitotyötä tekevien työntekijöiden ajantasaisesta lisäkoulutuksesta. Lisäkoulutuksen ansiosta hoitajat tunnistaisivat paremmin ikäihmisten aliravitsemusriskit ja saisivat ajantasaista tietoa ikäihmisen hyvästä ravitsemuksesta. Aliravitsemusriskin tunnistaminen ja varhainen puuttuminen vaatii työntekijöiltä monipuolista tietoa ja taitoa, jota voidaan ylläpitää säännöllisin lisäkoulutuksin ja yhtenäisillä seuranta- ja arviointi menetelmillä.

Avainsanat: kotihoito, ravitsemus, terveellinen ravinto, ikäihmiset

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Author/s: Kristiina Salonen

Title of thesis: Safeguarding Good Nutrition for Aged Clients of Home Care

Supervisor: Tanja Hautala, MNSc, Senior Lecturer & Helinä Mesiäislehto-Soukka PhD, Senior Lecturer

Year: 2020

Number of pages: 52

Number of appendices: 3

An important part of high-quality nursing is safeguarding of nutrition. Everyone should take this into consideration, even more than before. The importance of nutrition is emphasized, and especially when population becomes older, the risk of malnutrition increases. Malnutrition alone adds loss of immune response and immobility for elderly people. Because of this, early identification and intervention will prevent the risk of elderly people ending up in round-the-clock institutional care facilities. High-quality nutrition of elderly people significantly saves society's financial resources.

Illness always increases energy requirements. Research shows that up to 50 % of home care clients have a pronounced risk of malnutrition. Identifying the risk of malnutrition requires knowledge and skills from a nurse. Nursing staff should know how to put nutrition into practice, understand nutritional challenges of elderly people and know the eating habits of elderly clients.

The objective of this thesis was to bring out different ways to support the safe nutrition of elderly clients for the nursing staff of homecare in Kaksineuvoinen Federation of Municipalities. Good nutrition prevents the risk of malnutrition and improves the quality of life and the functioning of the elderly at home. The aim of this thesis is to especially add nurse's knowledge of nutrition risks of elderly clients, so that the risk of malnutrition can be identified and better prevented.

The thesis survey was conducted as an online survey, which was answered by 45 employees of the federation of municipalities. The responses to the survey were analyzed by inductive content analysis. According to the survey, the nutritional status of the elderly clients is reasonably good in the area. There are improvements to be made in the availability of additional training for nursing staff. Additional training would enable nurses to better identify the risks of malnutrition in the elderly, and to receive up-to-date information on good nutrition for the elderly. Identifying the risk of malnutrition and early intervention requires diverse knowledge and skill from the employees, which can be upheld with regular additional training and continuous fol-

Keywords: dietetics, elderly, home care, malnutrition

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo	6
1 JOHDANTO	7
2 IKÄIHMISEN RAVITSEMUS	8
2.1 Ikäihmisen nestetasapaino.....	10
2.2 Proteiini ikäihmisen ruokavaliossa	11
2.3 Hiilihydraatit ikäihmisen ruokavaliossa.....	12
2.4 Rasvat ikäihmisen ruokavaliossa	13
2.5 Tärkeät suojaravintoaineet ikäihmisen ravinnossa.....	14
2.5.1 D-vitamiini ikäihmisen ruokavaliossa	14
2.5.2 Folaatti ikäihmisen ruokavaliossa	16
2.5.3 Fosfaatti ikäihmisen ruokavaliossa	16
3 IKÄIHMISEN RAVITSEMUksen HAASTEET	18
3.1 Ikäihmisen alkoholin käytön vaikutukset turvalliselle ravitsemukselle	18
3.2 Ikäihmisen makuaistin vaikutus ravitsemukseen.....	19
3.3 Purennan ja nielemisen vaikutukset ikäihmisen ravitsemuksessa	19
3.4 Muistisairauden vaikutus ikäihmisen hyvään ravitsemukseen	20
4 IKÄIHMISEN RAVITSEMUksen ARVIOINTI	22
4.1 Resident assessment instrument (RAI -järjestelmä)	23
4.2 Mini nutritional assessment (MNA).....	24
4.3 Malnutrition universal screening tool (MUST –menetelmä)	24
4.4 Nutritional risk screening (NRS -menetelmä)	25
5 IKÄIHMISEN RAVITSEMUSHOIDON TEHOSTAMINEN	26
6 TYÖELÄMÄYHTEYS	27
7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	28
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	29
9 OPINNÄYTETYÖN KYSELYN TULOKSET	31

9.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	31
9.2 Kyselyyn vastanneiden opintojen aikana saama tieto ravitsemuksesta ja lisäkoulutuksen koettu tarve	32
9.3 Vastaajien käyttämiä ravitsemuksen arviointimenetelmiä ikäihmisten hoitotyössä.....	33
9.4 Vastaajien ravitsemuksen edistämisen menetelmiä ikäihmisten hoitotyössä	35
9.5 Vastaajien oma arvio alueensa ikääntyneiden asiakkaittensa ravitsemustilasta	37
9.5.1 Aterioinnin ja ravitsemuksen seurannalla saavutettu hyvä ravitsemustila	37
9.5.2 Monipuolisella ruokavaliolla ja ravitsemuksen tukemisella saavutettu hyvä ravitsemus	38
9.5.3 Sairaudet heikentävät hyvää ravitsemustilaa	38
9.5.4 Puutteellinen tai yksipuolinen ravinto heikentävät hyvää ravitsemustilaa	39
9.5.5 Monella heikko ravitsemustila tai aliravitsemus.....	40
9.6 Tulosten oikeellisuuden varmistaminen	41
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	42
10.1 Ikäihmisen ravitsemuksen arvioinnin ja edistämisen yhteenveto	42
10.2 Opinnäytetyöprosessin arvioinnin yhteenveto	44
10.3 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet	45
11 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	46
11.1 Opinnäytetyön eettisyys	46
11.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	47
LÄHTEET	48
LIITTEET	52

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Ikäihmisen nestetasapaino.....	11
Taulukko 1. Painoindeksitaulukko.....	22
Taulukko 2. Sisällönanalyysistä esimerkkitaulukko vastanneiden saamasta ravitsemustietoudesta.	30
Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot	31
Taulukko 4. Vastaajien saama ravitsemuksellinen koulutus.	32
Taulukko 5. Vastaajien käyttämiä ravitsemuksen arviointimenetelmiä ikäihmisten hoitotyössä.....	34
Taulukko 6. Vastaajien ravitsemuksen edistämisen menetelmiä ikäihmisten hoitotyössä.....	36

1 JOHDANTO

lääkkään asiakkaan hyvän ravitsemuksen turvaaminen kotihoidossa on opinnäytetyön aiheena ajankohtainen, sillä Suomen väestö ikääntyy kiihtyvällä vauhdilla suurten ikäluokkien ikääntyessä (Suominen 2008, 6.) Tämä lisää resurssien tarvetta ikäihmisten hoitoon. Hyvä ravitsemus säästää yhteiskunnan resursseja, sillä aliravitsemus lisää immuunivasteen menetystä ja liikuntakyvyttömyyttä, joiden korjaaminen on myöhemmässä vaiheessa hyvinkin haastavaa. Ikäihmisen riski joutua heikon ravitsemuksen tuomien ongelmien vuoksi ympärivuorokautiseen laitoshoitoon kohoaa merkittävästi. (Larsson 2015; Sharma ym. 2016, 1012.)

Vajaaravitsemukseen ja siihen liittyviin ongelmiin on arvioitu kuluva jopa 10 % terveyden- ja sosiaalihuollon kustannuksista. Aliravitsemusriskin kasvu väestössä liittyy osittain väestön ikääntymisen nousuun. Tulee kuitenkin muistaa, että sairaus tai vamma lisää aina itsessään energiantarvetta, jopa kaksinkertaisesti. (Pihlajamäki, Gylling & Schwab 2012, 1733.) Virheravitsemuksen riski on korostunut noin 50 % kotihoidon asiakkaista, ja huono ravitsemustila hieman alle 10 % kotihoidon asiakkuuteen kuuluvalla (Suominen & Pitkälä 2016). Tätä suurempiakin lukuja on tutkimuksissa tullut esille muun muassa Itä-Suomen yliopiston tutkimuksessa. Tutkimuksessa käy ilmi, että noin 86 % kotihoidon asiakkailla on aliravitsemusriski tai aliravitsemustila (Larsson 2015). Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat kotihoidon asiakkaat ja kotihoidossa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset. Opinnäytetyöstä hyötyvät myös kotihoidon asiakkaiden omaiset sekä tuttavat.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille erilaisia keinoja Kuntayhtymä Kaksi-neuvoisen kotihoidon hoitotyötä tekeville työntekijöille turvaamaan kotihoidon asiakkaan hyvä ravitsemustila. Hyvä ravitsemus auttaa ennaltaehkäisemään aliravitsemusriskiä, joka heikentää kotona asuvan ikäihmisen elämänlaatua ja toimintakykyä.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä erityisesti hoitajien tietoutta ikääntyneen kotihoitoasiakkaan ravitsemuksen haasteista, jotta virheravitsemuksen riskejä voidaan tunnistaa ja ennaltaehkäistä aiempaa paremmin. Lisäksi tavoitteena on tuoda esille hyvän ravitsemuksen merkityksen tärkeyttä ikääntyneen hoitotyössä, jotta ymmärrettäisiin ravitsemuksen merkitys kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa.

2 IKÄIHMISEN RAVITSEMUS

Ikäihmisellä ja ikääntyneellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä yli 65-vuotiaasta ihmistä. Ikäihmiselle ei ole yleisesti käytössä olevaa hyväksyttyä määritelmää, sillä vanhenemismuutokset ovat hyvin yksilöllisiä. Näin ollen on hyvin ongelmallista määrittää ikäihminen kalenteri-ian mukaista määritelmää. (ETENE 2008, 6.) Usein on kuitenkin käytetty ikäihmistä määritellessä yli 65-vuoden ikää, sillä se on esimerkiksi kansaneläkelain vanhuuseläkeiän raja ennen 1965 vuotta syntyneille kansalaisille (L 11.5.2007/568.) Ikäihmiseksi tai ikääntyneeksi muun muassa Suomen lainsäädäntö määrittää ihmisen, jonka fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen tai kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt iän, sairauden tai vamman vuoksi (L 28.12.2012/980; Suominen, Puranen & Jyväkorpi 2013, 9; Kelo ym. 2015, 12.)

Hyvällä ravitsemuksella tarkoitetaan hyvää ravinnonsaantia ja ihmisen elimistön kykyä hyödyntää ravinto (Kielitoimiston sanakirja 2019; Suominen ym. 2013, 7). Terveellisen ravitsemuksen Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (26.2.2019) määrittää kokonaisuutena, jossa ihmisen jokapäiväiset valinnat ratkaisevat pitkällä aikavälillä. Ihmisen elimistö tarvitsee riittävästi suojaravintoaineita sekä sopivasti energiaa terveenä pysymiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Paino pysyy vakiona, kun energiasaanti ja -kulutus pysyvät tasapainossa.

Ikäihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi, terveys ja toimintakyky lähtevät hyvästä ravitsemuksesta. On myös todettu, että kasvispainotteinen ravinto pidentää elinikää sekä ylläpitää terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Hyvällä ravitsemuksella voidaan muun muassa ennaltaehkäistä ja/tai hidastaa sairauden puhkeamista. (Suominen ym. 2013, 11; Kelo ym. 2015, 34.) Pitkälä ja Strandberg (2018, 4) kirjoittavat artikkelissaan, kuinka Välimeren ruokavalio, joka on oliiviöljy- tai pähkinäpainoitteinen, vähensi 55–80-vuotiaiden verisuonitapahtumia. Välimeren ruokavalion terveysvaikutuksia seurattiin viiden vuoden ajan, jolloin huomattiin, että ruokavalio saattaa parantaa säännöllisesti nautittuna kognitiota. Kognitiolla tarkoitetaan muun muassa tarkkaavaisuuden ylläpitoa, oppimista sekä muistamista, ongelmanratkaisukykyä, puhutun ymmärtämistä, puheentuottoa, havainnointia ja jokapäiväisistä toiminnoista selviytymistä (Neuroliitto 2015, 5).

Itämeren ruokavalio on ruokavalio, joka on Välimeren ruokavaliosta muokattu paremmin suomalaisten mieltymysten mukaiseksi. Itämeren ruokavalioon kuuluvat lähellä tuotetut kotimaiset marjat, kala ja rypsiöljy. Itämeren ruokavalio on huomattu Välimeren ruokavalion tavoin vähentävän lihaskadon kehittymistä (Pitkälä & Strandberg 2018, 4.) Molempien ruokavalioiden perustana ovat kasvikset, jotka muodostavat hyvän perustan ravitsemukselle, sillä ne sisältävät tarpeellisia kivennäisaineita, vitamiineja ja antioksidantteja (Diabetesliitto 28.11.2014.) Ikäihmisten hyvällä ravitsemuksella myös ennaltaehkäistään immuunivasteen puutosta ja liikuntakyvyn menetystä, jotka ovat riski sairaalahoitoon joutumisesta. Ikäihmisen hyvä ravitsemustila ja ravitsemustilan edistäminen säästää merkittävästi yhteiskunnan resursseja (Larsson 2015.)

Vajaaravitsemukseen ja siihen liittyviin ongelmiin on arvioitu kuluvan jopa 10 % terveyden- ja sosiaalihuollon kustannuksista. Aliravitsemusriskin kasvu väestössä liittyy osittain ikääntymiseen. (Pihlajamäki ym. 2012, 1733.) Aliravitsemusriskillä tarkoitetaan ikäihmiselle mahdollisesti kehittyvää vajaaravitsemusta (Mäkelä 2015, 9.) Tulee kuitenkin muistaa, että sairaus lisää aina itsessään energiantarvetta, jopa kaksinkertaisesti. Sairauden energiantarpeen lisääntymisen lisäksi, asiakkaalla on usein huono ruokahalu, pahoinvointia, syöminen voi olla hankalaa tai sairastuneella voi olla limakalvorikkoja tai suoliston alueen ongelmia esimerkiksi leikkausten jälkeen (Pihlajamäki ym. 2012, 1733.)

Hyvässä ravitsemuksessa on tärkeää turvata ravintoaineiden riittävän monipuolinen saanti. D-vitamiinin, folaatin ja kuidun saanti on ikäihmisillä usein paljon vähäisempää kuin ravitsemussuosituksissa suositellaan, kun taas tyydyttyneitä rasvahappoja ja suolaa saadaan suosituksia runsaammin (Aro, Mutanen & Uusitupa 2012, 284.) Ikäihmisen hyvää ravitsemusta eivät takaa kohonnut painoindeksi tai runsas energiansaanti. Ruokahalun ollessa huono tai heikentynyt, helpoin tapa turvata riittävä energiansaanti ovat rasvat. Tällaisissa tilanteissa rasvojen osuus voi ylittää 35 % kokonais-energiansaannista, eikä ruokavalion laatu huonone, mikäli aterian rasvat koostuvat myöskin pehmeistä rasvoista eikä ainoastaan kovista (Suominen 2008, 15.)

Hyvässä ikääntyneen ravitsemuksessa täytyy aina muistaa huomioida myös asiakaslähtöisyys. Ravitsemuksen suunnittelussa huomioidaan muun muassa asiakkaan sairaudet ja aktiivisuus (Kelo ym. 2015, 37; Schwab 2016.) Ikääntyneen hyvän ravitsemuksen tavoitteita ovat riittävät ravintoainevarastot, toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen ja ikääntyneen hyvä elämänlaatu (Suominen 2008, 13.) Päivittäin yli 65-vuotias tarvitsee vähintään 1500 kcal (6,5 MJ) energiaa, joka tulisi koostua 4–5 ateriasta. Ateriat olisi hyvä nauttia säännöllisin väliajoin, ilman pitkiä paasto-ajoja. (Suominen ym. 2013, 11; Kelo ym. 2015, 34; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14.)

2.1 Ikäihmisen nestetasapaino

Ikäihminen tarvitsee vuorokaudessa vähintään 1–1,5 litraa nesteitä, joka on aineenvaihdunnalle ja fysiologisille toiminoille välttämätön määrä. Elimistö tarvitsee vettä ravintoaineiden imeytymiseen ja kuljettamiseen sekä ruuansulatukseen. Kuvassa 1. on esitetty ikäihmisen nesteiden saannin suositusmäärät vuorokaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 41.)

Ikäihmisen kehosta 50–60 % on vettä, kun vastasyntyneellä vastaava luku on 80 %. Nestevajaus saattaa olla ikäihmiselle tästä syystä vakavampi, sillä kehon nestemäärä on vähäisempi. Ikäihmisten janon tunne saattaa olla heikentynyt ja jotkin lääkkeet saattavat lisätä nesteen tarvetta. Nestevajaus voi johtaa komplikaatioihin kuten verenpaineen laskuun ja kaatumisiin. Ikäihmisillä nestevajaus saattaa syntyä hyvinkin nopeasti. Nesteitä tulisikin nauttia erityisesti aamupäivisin ja päivisin, ettei virtsaneritys häiritse ikääntyneen hyviä yöunia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 41.)



Kuvio 1. Ikäihmisen nestetasapaino (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 41).

2.2 Proteiini ikäihmisen ruokavaliossa

Ravinnon proteiinin määrään tulee kiinnittää huomiota, sillä elimistö ei ikääntyessä enää käytä proteiinia yhtä tehokkaasti kuin aiemmin. Proteiinipuutos hidastaa toipumista, heikentää toimintakykyä ja altistaa infektioille. Proteiinilla on myös tärkeä tehtävä ehkäistä luukadon kehittymistä ja luunmurtumien ehkäisyssä ikäihmisillä (Männistö ym. 2014, 24.) Ikääntyneen tulisi saada proteiinia ravinnostaan vähintään 1,0–1,2 grammaa / painokilo / vuorokausi, joka tarkoittaa 50–60 kg painavalle vähintään 60–80 grammaa proteiinia vuorokaudessa. Proteiinia tulisi saada päivän jokaisella aterialla. (Aro ym. 2012, 284; Suominen ym. 2013, 11; Kelo ym. 2015, 35; Pitkälä & Strandberg 2018, 4.) Jyväskylän (2016, 73–75) tutkimuksessa tulee ilmi, että 75 % ikäihmisistä saa suosituksia huomattavasti vähemmän proteiinia.

Proteiinien laadukas ja monipuolinen lähde kannattaa huomioida tarkoin, sillä proteiinit koostuvat 20 aminohaposta, joista kahdeksan (8) on välttämättömiä myös aikuisille. Vastustuskyvyn kannalta glutamiini, arginiini ja kysteiini ovat yksittäisistä aminohapoista tärkeimpiä. Proteiinisynteesiä häiritsee jo yhden välttämättömän aminohapon puute. Eri ravintolähteiden proteiinin arvo eli laatu vaihtelee hyvin paljon. Hyviä proteiinin lähteitä ikääntyneille ovat muun muassa maito, kananmuna, kala, liha, maitotuotteet, pähkinät sekä vehnän- ja palkoviljan proteiini (Kelo ym. 2015, 35; Aro ym. 2012, 67–68; Männistö ym. 2014, 22; Arffman ym. 2009, 18.)

Akuutisti sairastuneet ikääntyneet tarvitsevat proteiinia jopa kaksinkertaisesti normaali tilanteeseen nähden, tällöin täytyy huomioida myöskin energiantarpeen nosto. Muuten proteiinilisä korvaa ainoastaan energiankulutuksen nousun, jolloin se ei riitä tyydyttämään enää kudosten tarpeita. Runsas proteiinin saanti muun muassa nopeuttaa painehaavojen paranemista ja ehkäisee niiden syntyä, sillä proteiini tehostaa kudosten uusiutumista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 48; Aro ym. 2012, 284; Kelo ym. 2015, 35.)

2.3 Hiilihydraatit ikäihmisen ruokavaliossa

Merkittävämpiä ravinnosta saatavia hiilihydraatteja ikääntyneille ovat tärkkelys, sakkaroosi eli sokeri, glukoosi eli rypälesokeri, fruktoosi eli hedelmäsokeri, laktoosi eli maitosokeri. Etenkin ikääntyville suomalaisille merkittävin hiilihydraattien lähde on viljatuotteet eli leivät, puurot ja pastat (Arffman ym. 2009, 18–19).

Hiilihydraatteja, joita ihmisen ruuansulatuselimistö ei pysty pilkkomaan, kutsutaan ravintokuiduksi. Nämä ravintokuidut voidaan jakaa veteen liukenemattomiin sekä geelittyviin eli liukeneviin. Geelittyvä kuitu on nimensä mukaisesti geelimäinen eli muodostaa veden kanssa geelimäisen rakenteen. Marjat, hedelmät, palkokasvit ja kaura sisältävät reippaasti geelittyvää kuitua. Etenkin viljatuotteet sekä muut kasvikunnan tuotteet sisältävät reippaasti liukenematonta kuitua, jotka ovat suomalaisille tärkeimpiä kuitujen lähteitä. (Arffman ym. 2009, 19.)

Ikäihmisten ruokahalua voidaan parantaa muun muassa annoskokoa pienentämällä, joka onnistuu vähentämällä hiilihydraattien energiaosuutta annoksesta. Vähentynyt hiilihydraattien saaminen ravinnosta, vähentää myös ravintokuidun saantia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 49.) Ravintokuitu edistää suolen normaalia toimintaa ja ehkäisee näin ollen muun muassa ummetusta ja ummetukseen liittyviä vatsavaivoja (Aro 2015).

2.4 Rasvat ikäihmisen ruokavaliossa

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten mukaan rasvan osuus päivän kokonaisenergian saannista tulee olla 25–35 %, josta kovan eli tyydyttyneiden rasvojen osuus noin 10 % (Aro ym. 2012, 285). Alhainen alle 20 % rasvan saanti kokonaisenergiansaannista altistaa alhaisimmille testosteronitasoille ja heikentää päivittäistä suorituskkyä (Männistö ym. 2014, 28).

Rasvat sisältävät ihmiselle välttämättömiä rasvahappoja, joilla on lukemattomia tärkeitä tehtäviä ikäihmisen elimistössä (Männistö ym. 2014, 28). Monityydyttymättömiä rasvahappoja ikääntyneen elimistö tarvitsee geenien toiminnan säätelyyn, solukalvojen rakennukseen ja eikosanoidien valmistamiseen sekä solujen tietojen välitykseen (Arffman ym. 2009, 18). Eikosanoidit ovat rasvahappoja, joilla on voimakkaita fysiologisia vaikutuksia hormoneihin ja kudoshormoneihin (Terveyskirjasto Duodecim 2019a; Aro ym. 2012, 63–64). Välttämättömiä rasvahappoja ovat linolihappo sekä alfa-linoleenihappo, joita ihmisen elimistö ei voi itse valmistaa vaan ne täytyy saada ravinnosta (Arffman ym. 2009, 17–18). Linoleenihappoa ja alfa-linoleenihappoa ovat monityydyttymättömiä ja niitä saadaan elimistöön muun muassa kasvisrasvoista (Terveyskirjasto Duodecim 2019b; Aro ym. 2012, 50).

Ravinnosta saatava rasva on sekoitus tyydyttyneitä ja tyydyttymättömiä rasvoja. Tullee huomioida, että eri ruokien rasvasuhteet saattavat vaihdella suuresti. Tyydyttynyttä rasvaa paljon sisältävä tuote pysyy huoneenlämmössäkin melko kovana, jonka vuoksi sitä usein kutsutaan kovaksi rasvaksi, toisinaan eläinrasvaksi. Tyydyttämätöntä rasvaa paljon sisältävä tuote taas on juoksevaa huoneenlämmössä, joten siitä kutsutaan pehmeäksi rasvaksi, toisinaan kasvisrasvaksi. Ohjaustilanteissa näillä termeillä voidaan toisinaan havainnollistaa ja ohjata ikääntyneitä asiakkaita ja heidän läheisiään paremmin ja toisinaan selkeämmin. (Arffman ym. 2009, 17–18.)

Rasvaiset maitotuotteet, rasvainen liha ja lihavalmistetut sisältävät runsaasti tyydyttynyttä rasvaa. Puolestaan kasviöljy ja rasvainen kala sisältää tyydyttynyttä rasvaa. Merkittävimmät rasvanlähteet suomalaisille ikäihmisille ovat maitorasvat, ravintorasvat, sekä vilja- ja leivontatuotteet. (Arffman ym. 2009, 17–18.)

2.5 Tärkeät suojaravintoaineet ikäihmisen ravinnossa

Monipuolisesta ravinnosta suojaravintoaineita eli vitamiineja ja kivennäisaineita ei yleensä voi saada liikaa, mikäli ikääntynyt kuitenkin käyttää vitamiinivalmisteita ja/tai täydennettyjen elintarvikkeita voi liikasaannin riski olla olemassa (Arffman ym. 2009, 19–20). Ikääntyneiden ruokavalioita tarkasteltaessa ainoan poikkeuksen toi A-vitamiini, sillä noin 6 % ikäihmisistä sai liikaa A-vitamiinia. (Jyväkorpi 2016, 77).

Suojaravintoaineita saadaan ainoastaan ravinnosta, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, joita elimistö osaa valmistaa itse. Liian vähäinen saanti johtaa puutosoireisiin. Sairauden vuoksi joidenkin suojaravintojen tarve saattaa lisääntyä. (Arffman ym. 2009, 19–20.) Suojaravintoaineiden puutos voi aiheuttaa eräänlaisen häiriötilan, jonka oireita voivat olla ihottumat, erilaiset kiputilat ja säryt sekä voimattomuuden tunne. (Duodecim 2011, 487–488).

Jyväkorven (2016, 10) väitöskirjassa käy ilmi, että suomalaiset ikääntyneet eivät saa riittävästi d- ja e-vitamiinia, folaattia eikä tiamiinia. Tutkimuksessa huomattiin lisäksi yhteys suojaravintoaineiden heikolle saannille sekä naissukupuoleen, kognitioon, asumismuotoon, ikään ja liikuntakykyyn. (Jyväkorpi 2016, 10.) Ikääntyneen ravitsemuksessa tulisi huomioida, että liian vähäinen ravinnonsaanti voi aiheuttaa liian vähäisen energiansaannin lisäksi myös liian vähäistä suojaravintoaineiden saantia. Puutostilaa ei aina kehity, mutta tämä on hyvä huomioida ja tarvittaessa selvittää ravitsemustilaa kartoittaessa. (Kelo ym. 2015, 36.)

Vitamiini -ja kivennäisvalmisteilla voidaan täydentää suojaravintoaineiden saantia, mikäli niitä ei ravinnosta saada tarpeeksi. Kuitenkaan näillä valmisteilla ei tule korvata monipuolista ravintoa, sillä monipuolinen ja terveellinen ravinto sisältää monia aineita ja yhdistelmiä, joiden kaikkia terveyshyötyjä ei vielä tunneta. (Arffman ym. 2009, 19–20.)

2.5.1 D-vitamiini ikäihmisen ruokavaliossa

Suomessa d-vitamiinia saadaan auringosta vain kesäkuukausina, sillä sitä muodostuu iholla auringon ultraviolettivalon vaikutuksesta. Ravinnon d-vitamiinin lähteitä

ovat etenkin kala ja maitovalmisteet, jotka ovat d-vitaminoituja, margariini sekä kananmuna. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 43.)

D-vitamiinilisää suositellaan 20 mikrogrammaa (800 IU) päivässä ympärivuotisesti yli 60-vuotiaille. D-vitamiini kannattaa ottaa kalsiumin kanssa, etenkin jos maitotuotteita käytetään vähänläisesti. D-vitamiinin imeytyminen elimistöön on hyvin yksilöllistä, joten ikääntyneet hyötyisivät nykyistä aktiivisemmasta d-vitamiinien tasojen mittaamisesta. D-vitamiinitasojen mittausta suoritetaan verikokeesta, joka analysoidaan laboratoriossa. (Pitkälä & Strandberg 2018, 4.) Riittävällä d-vitamiinin saannilla luun mineraalipitoisuus kohoaa, lihaskoordinaatio paranee, mikä vähentää kaatumisia ja murtumia sekä nopeuttaa luunmurtumien paranemista. D-vitamiinilla saattaa olla myös suotuisia vaikutuksia vastustuskykyyn. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 43.) D-vitamiinin säännöllinen käyttö vaikuttaisi ehkäisevän jopa 20 % ikääntyneiden yli 80-vuotiaiden lonkkamurtumia (Pitkälä & Strandberg 2018, 4).

Kalsium ja fosfaatti tarvitsevat d-vitamiinia, jotta ne imeytyvät suolistossa, lisäksi d-vitamiini ylläpitää luuston rakennusaineiden saantia. D-vitamiinin puutos aiheuttaa luun mineraalipitoisuuden pienenemistä (osteomalasia), lihaskatoa ja suurentaa seerumin lisäkilpirauhashormonipitoisuutta. Lisäkilpirauhashormoni pitoisuuden suureneminen lisää aineenvaihduntaa luussa ja voi lisätä osteoporoosia, lihaskato heikentää tasapainoa ja lisää kaatumisriskiä. D-vitamiinin puutossytä ikääntyneillä ovat muun muassa riittämätön muodostuminen iholla auringon ultraviolettivalon vaikutuksesta ja riittämätön saanti ruokavaliosta. Lisäksi jotkin sairaudet ja lääkkeet sekä ikääntyminen voivat heikentää imeytymistä suolistossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 43.) Suomisen ym. (2013, 37) tutkimuksessa käy ilmi, että 63 % muistisairaalla oli käytössään d-vitamiinilisä, joista noin 40 % oli suosituksia jopa puolet pienempi annos ja vain 16 % annos oli suositusten mukainen. D-vitamiinin liian vähäisellä saannilla ei saavuteta sen suotuisia vaikutuksia terveyteen. Uusimpien tutkimusten mukaan suositellaan valitsemaan aktiivisempi d₃-vitamiinivalmiste d₂-vitamiinin sijaan. (Schwab & Pihlajamäki 2016.)

2.5.2 Folaatti ikäihmisen ruokavaliossa

Foolihappoa ja sen johdannaisia kutsutaan folaatiksi, jota elimistö tarvitsee hermoston toiminnassa, solujen muodostamisessa ja -aineenvaihdunnassa. Folaatin saanti saattaa olla ongelmallista, sillä sitä ei juurikaan sellaisenaan esiinny luonnossa. Folaattia saadaankin lähinnä täydennetyistä elintarvikkeista ja -valmisteista. On havaittu, että ikäihmiset saavat folaattia liian vähän ravinnosta. Suositeltu määrä folaattia on 300 mikrogrammaa vuorokaudessa. (Aro ym. 2012, 126–127; Jyväkorpi 2016, 71.) Suomalaiset ikääntyneet saavat folaattia muun muassa kasviksista, marjoista, hedelmistä, vilja- ja leivontatuotteista sekä hieman liharuuista (Aro ym. 2012, 127).

Folaatin puute saattaa aiheuttaa ihomuutoksia, ruokahaluttomuutta, lihasheikkoutta, suolistovaivoja ja hermosto-oireita. Alkoholi ja tietyt lääkeaineet saattavat häiritä folaatin imeytymistä ja aineenvaihduntaa. Folaatin suositelluksi maksimiannokseksi on asetettu 1 milligrammaa / vuorokaudessa, suuristakaan folaatti annoksista ei ole tilastoitu myrkytysoireita ihmisillä. (Aro ym. 2012, 128–129.) Alhaiset folaatti pitoisuudet aiheuttavat hermoston toiminnan ongelmia ja ovat olleet yhteydessä Alzheimerin tautiin ja muihin muistisairauksiin (Suominen ym. 2013, 12).

2.5.3 Fosfaatti ikäihmisen ruokavaliossa

Fosfori esiintyy elimistössä fosfaattina, joka on tärkeä hampaiden ja luuston rakennusaine, sillä fosforista 80–85 % on luustossa. Loput elimistön fosforista sijaitsevat pehmytkudoksessa, solukalvolla, solunulkoisessa nesteessä sekä solunsisäisissä rakenteissa. (Aro ym. 2012, 137.) Fosfaatin hyviä lähteitä ikääntyneille ovat naudan ja kananliha sekä kala, myös täysviljatuotteet sekä palkokasvit sisältävät melko hyvin fosfaatti (Suominen 2008, 14; Aro ym. 2012, 137).

Elimistö tarvitsee fosfaattia luuston rakennusaineeksi, kuitenkin liiallisesta fosfaatin saamisesta on elimistölle haittaa. Tämä tulee huomioida etenkin munuaispotilaiden kohdalla, joilla munuaiset eivät eritä fosfaattia elimistöstä riittävästi pois vaan fosfaatti alkaa kertyä elimistöön. (Aro ym. 2012, 138; Miettinen & Koistinen, 2016; 1223–1225.)

Fosfaatin puutos on harvinaista, sillä ruuasta saa runsaasti fosfaattia useimmiten suosituksia enemmän. Fosfaattia saadaan etenkin valmisruuista, sillä fosfaattia käytetään lisäaineena elintarvikkeiden säilyvyyden ja koostumuksen parantamiseksi. Ikäihmisille valmisruuat saattavatkin olla ongelmallisia, sillä lisäainefosfaatit imeytyvät elimistöön lähes täysin, mikäli ikäihminen saa vielä ravinnosta vähänlaisesti kalsiumia, voi kalsium-fosforisuhde lisätä luun hajoitusta sen sijaan, että fosfaatti suojaisi ja vahvistaisi luustoa. (Aro ym. 2012, 138; Miettinen & Koistinen, 2016; 1223–1225.)

3 IKÄIHMISEN RAVITSEMUKSEN HAASTEET

Ruokahalun heikentyminen voi johtua normaalista ikääntymisen tuomasta haju-, maku- ja näköaistin heikkenemisestä ja lisäksi purennan ongelmista. Merkittävimmät muutokset ruokahaluun ikäihmisillä liittyvät kuitenkin sairauksien tuomiin ongelmiin, ei niinkään vanhenemiseen liittyviin ruuansulatuselimistön muutoksiin. (Aro ym. 2012, 282–283.)

Virheravitsemuksen riskiä lisäävät ikäihmisen psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, suun- ja nielun sairaudet sekä ruokailussa tarvittava avun tarve kuten esimerkiksi Parkinsonin tauti. Sosiaalisia syitä virheravitsemuksen riskiin voivat olla mm. köyhyys, yksinäisyys kuten leskeytyminen, yksipuolinen ravinto ja liikkumisen ja toimintakyvyn vaikeudet. Psyykkisiä syitä voivat taasen olla masennus, dementia, alkoholismi ja paranoia. Muistisairauden ensimmäisiä oireita saattaa olla tahaton laihtuminen. Lääketieteellisiä syitä virheravitsemukselle voivat olla eri tulehdukset ja infektiot, lääkkeet, endokrinologiset sairaudet (muun muassa dyspepsia, ulkukset ja keliakia), allergiat ja dieettirajoitukset, syövä, suun- ja hampaiden ongelmat, nielemisongelmat, keuhkohtaumatauti ja sydänkakeksia. (Suominen & Pitkälä 2016.)

3.1 Ikäihmisen alkoholin käytön vaikutukset turvalliselle ravitsemukselle

Alkoholilla voi olla hyvinkin merkittävä negatiivinen vaikutus ikäihmisen ravitsemukseen, vaikkei alkoholi sinänsä lukeudu ravintoaineeksi. Alkoholia eli etanolia sisältävissä tuotteissa on runsaasti energiaa, mutta vähänlaisesti muita ravintoaineita. Tämän vuoksi alkoholijuomat saattavat heikentää huomattavasti ravinnon laatua. (Arffman ym. 2009, 19; Aro ym. 2012; 72.)

Ikäihmiselle ei suositella käytettäväksi alkoholia, sillä käytön riskit kohoavat ja voimistuvat ikääntyessä. Alkoholin haittavaikutusten suureneminen ikääntymisen vuoksi, johtuu kehon nestemäärän pienenemisestä ja aineenvaihdunnan hidastumisesta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 44–45.) Alkoholilla on kiistatonta useita haitallisia ja negatiivisia vaikutuksia elimistöön ja muun muassa todettu aiheuttavan syöpää, erityinen alttius on suuontelon, kurkunpään, ruokatorven, maksan ja rintarauhasen syöväälle (Aro ym. 2012, 72).

3.2 Ikäihmisen makuaistin vaikutus ravitsemukseen

Ikääntyneen makuaisti ei sinällään merkittävästi heikkene ikääntyessä, mutta makujen erottaminen toisistaan saattaa heiketä ja vaikeutua toisistaan, joka voidaan kokea makuaistin heikkenemisenä (Aro ym. 2012, 282). Makuaistin muutokset tosin voivat liittyä ennemminkin lääkityksiin, suun terveydentilan ja ravitsemuksen heikkenemiseen sekä keskushermoston sairauksiin, kuin normaaliin ikääntymisen tuomiin muutoksiin. Ruuan makua voidaan erilaisilla mausteilla ikääntyneelle pyrkiä hieman voimistamaan, mikäli ikääntynyt kokee makuaistissa muutoksia. (Kelo ym. 2015, 37.)

3.3 Purennan ja nielemisen vaikutukset ikäihmisen ravitsemuksessa

Eurooppalaisista 74–79-vuotiaista lähes 40 % puuttuvat omat hampaat ja heillä on käytössään hammasproteesit. Täysin vailla hampaita ikäihmisistä on vain 2–3 %. Ikäihmisistä 20–25 % kärsii purentaongelmista. Purennan ongelmia voivat olla huonot hampaat, epäsopivat hammasproteesit, heikentynyt purentavoima tai hampaattomuus. Purennan ongelmat vaikeuttavat ruokailua ja voivat heikentää ravintoaineiden saantia, kuten vähentää hiilihydraattien, kuidun, raudan, kalsiumin sekä useimpien vitamiinien saantia. Lisäksi jotkin lääkkeet ja sairaudet saattavat vaikuttaa syljen erityksen vähenemiseen. (Aro ym. 2012, 283.)

Mikäli purentaongelmat haittaavat ruokailua, kannattaa miettiä ensin ravintoa, joka on karkeajakoista, mutta helposti pureskeltavaa ennen sosemaiseen ruokaan siirtymistä. Pehmeään ruokavalioon kannattaa siirtyä, mikäli pureskelu on hyvin vaikeaa ikäihmiselle tai aiheuttaa kipua esimerkiksi aran tai haavaisen suun vuoksi. Ruuan hauduttamisella, raastamisella tai tehosekoittamisella saadaan valmistettua monipuolista pehmeää ravintoa, myös erilaiset sosekeitot ovat hyvä vaihtoehto velleille. Ikäihmisen pehmeässä ravinnossa marjat ja hedelmät voidaan tarjota kiisseleinä ja mehukeittoina. Ruuan ulkonäkö on tärkeä asia ruokailussa, joka täytyy huomioida myös pehmeissä ja sosemaisissa ruokavalioissa. Hienontamisella ei saa pilata ruuan ulkonäköä, vaan ruoka-aineet jauhetaan erillään ja tarjoillaan lautaselle erillään. Kaikki ruuat eivät sovi soseutettaviksi, kuten makaroniruuat tai vohvelit, jolloin käytetään vaihtoehtoisia ruokia. Ikääntyneelle ruokailijalle tulee osata kertoa, mitä

soseutettu ruoka pitää sisällään, samanlailla kuin perusruokavaliota noudattavallekin. (Suominen 2008, 37–38.)

Huolellinen pureskelu helpottaa ruuan nielemistä, sillä ruokaan sekoittuu ja erittyy samalla sylkeä. Syljen eristystä edistää kuitupitoinen karkea leipä, pähkinät, kasvikset, hedelmät ja laimea sitruunamehu. Syljen eritystä voidaan edistää myös imeskelemällä ruokailujen välillä syljen eritystä lisääviä imeskelytabletteja tai pureskelemalla ksylitolipurukumia. Kasvispainotteinen pehmeä ja kostea ruoka on helppointa ikäihmisen syödä. Nielemistä voidaan helpottaa lisäämällä ruokaan kastiketta, majoneesia tai kermaviiliä, mikäli syljen eristys on heikentynyt ikäihmisellä. Huomiota tulee kiinnittää myös riittävän nesteen saamiseen. (Suominen 2008, 37–38.)

Nielemisen ongelmalla tarkoitetaan nielemisen vaikeutta eli ongelmaa ravinnon siirtämisessä suusta ruokatorveen. Nielemisen vaikeuteen luetaan myös ongelmat ruoka-annoksen siirtymisessä ruokatorvesta mahalaukkuun. (Voutilainen 2018.) Hoitajan on tärkeää tunnista nielemisen ongelmat, jolloin voidaan turvata ikäihmisen hyvä ravitsemustila ja välttää hengityskomplikaatioita kuten aspiraatoriski. Ohuet nesteet, kuten vesi, maito ja mehu voivat olla erityisen vaikeita niellä. Tällöin helpompia nieltäviä ovat piimä ja mehukeitto, tai korpun pehmentäminen teessä tai maidossa. Apuna ohuiden nesteiden nielemiseen voidaan käyttää myös apteekista saatavia sakeuttamisaineita, jotka tekevät ruuasta hyytelömäisiä ja näin ollen helpommin nieltävää. Myös liivate sopii ruokien sakeuttamiseksi. (Suominen 2008, 37.)

3.4 Muistisairauden vaikutus ikäihmisen hyvään ravitsemukseen

Muistisairautta sairastava ikääntynyt saa usein suosituksia vähemmän energiaa, proteiinia ja muita ravintoaineita. Ruokalistan muuttaminen ja hoitotyötä tekevien työntekijöiden lisäkoulutus paransi muistisairaiden energian ja proteiinin sekä useiden ravintoaineiden saantia huomattavasti. (Suominen ym. 2013, 19.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että kotona asuvat ikääntyneet, joille oli todettu muistisairaus, hyötyivät yksilöllisestä ravitsemusneuvonnasta. Ravitsemusneuvonta oli toteutettu vuoden kestäväällä kokeilulla, jossa yhdistyivät proteiinilisäys 20 grammaa /

vuorokausi, ravitsemustieto ja ruuanvalmistuskurssit. Ravitsemusneuvonnan ansiosta ikäihmisen elämänlaatu parani, proteiinin saanti lisääntyi sekä kaatumistapaturmat vähenivät. (Jyväkorpi 2016,10.)

4 IKÄIHMISEN RAVITSEMUKSEN ARVIOINTI

Ikäihmisen hyvän ravitsemuksen arviointi on haasteellista, sillä painoindeksi ja painonvaihtelut eivät määritä ravitsemustilaa samanlailla kuin nuorilla ja keski-ikäisillä. Syynä ravitsemustilan vaikeuden määrittämiseen on nestetasapainon vaihtelu, lihasmassan ja rasvakudoksen määrän muuttuminen verrattuna nuoreen tai keski-ikäiseen henkilöön. Lisäksi ikäihmisten ravitsemustilan heikkenemisen taustalla on useita erilaisia tekijöitä, jotka vaativat erityistarkastelua ravitsemuksen määrittelyn suhteen. Painoindeksitaulukko (Taulukko 1.) on lisäksi laadittu väestön nuorten ja keski-ikäisten arvojen mukaisiksi. (Räihä 23.4.2012.) Suositellaan, että yli 65-vuotiaiden ihannepaino tulisi olisi 24–29 kg / m² ja yli 75-vuotiailla 25–30 kg / m², joka tulkittaisiin väestön nuorten ja keski-ikäisten painoindeksi-arvojen mukaan lieväksi lihavuudeksi. Kuitenkin ikääntyneiden erilaisen kehonkoostumuksen vuoksi suositellaan hieman korkeampia painoindeksi-arvoja verrattuna nuorempaan väestöön. (Arffman ym. 2009, 107.)

Taulukko 1. Painoindeksitaulukko (Arffman ym. 2009, 107).

BMI-tila	
18,5-25	Normaali paino
25-30	Lievä lihavuus
30-35	Vaikea lihavuus
35-40	Merkittävä lihavuus
40 ->	Sairaalloinen lihavuus

Yksinkertaisin ikäihmisen ravitsemuksen seurantatapa on kuukausittainen painonseuranta. Huomiota tulisi kuitenkin kiinnittää enemmän painon vaihteluun, kuin ikäihmisen suositeltavaan painoindeksi-arvoihin pääsemiseksi. (Suominen & Pitkälä 2016). Mikäli ikäihmisen paino on pudonnut yli kolme kiloa kolmessa kuukaudessa tai jos paino on alle 23 kg / m² on ravinnon saantiin kiinnitettävä erityistä huomiota (Räihä 2012). Merkittäväksi painonlaskuksi katsotaan, mikäli paino on laskenut ta-

hattomasti yli 5 % kuukaudessa tai puolessa vuodessa yli 10 %. Merkittäviin painonmuutoksiin on aina puututtava, sillä pidemmälle jatkuessaan puuttuminen vaikeutuu merkittävästi. (Arffman ym. 2009, 107.)

Hyvä seulontamenetelmä tunnistaa aliravitsemusriskiin kuuluvat ja jotka eivät hyödy ravitsemushoidosta. Ennen kaikkea hyvä ravitsemuksen seulontamenetelmä perustuu tutkittuun näyttöön, joka on helppokäyttöinen, nopea ja soveltuu monien eri henkilöstöryhmien käyttöön. (Nuuttinen, Siljamäki-Ojansuu & Peltola 2010, 3605.)

Ikääntyneen ravitsemusta voidaan arvioida erilaisilla mittareilla ja järjestelmillä, joita on useita erilaisia. Tässä osiossa esitellään muutamia yleisimpiä ikäihmisten hoitotyössä käytettyjä mittareita, jokaisessa menetelmässä on omat hyvät ja huonot puolensa. Ikäihmisen ravitsemuksen luotettavaan arvioon tarvitaan arviointimenetelmän lisäksi hoitajan hyvää ammattitaitoa havaita ikääntyneen ravitsemuksen muutoksia ja seurantaa. (Suominen & Pitkälä 2016.)

4.1 Resident assessment instrument (RAI -järjestelmä)

RAI -järjestelmä on käytössä tai käytettävissä kotihoidossa, akuuttihoidossa, mielenterveystyössä, vammaistyössä ja palveluohjauksen suunnittelussa. RAI -järjestelmä on tarkoitettu erilaisten hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman arviointiin ja laadintaan. RAI -järjestelmä koostuu useista eri osioista, joihin kuuluvat kyselylomakkeet vastausvaihtoehtoineen, käyttäjäkäsikirja, arvioinnin perusteina käytettävät mittarit ja päätöksentukiherätteet (CAPS). RAI -järjestelmän yksilömittareita on useita muun muassa aggressiivinen käyttäytyminen, ravitsemus, hauraus, arki-suoriutuminen, kognitio, masennus, kipu, palveluiden tarpeiden luonne ja sosiaalinen osallistuminen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 25.2.2019.)

RAI -mittareilla pyritään selvittämään asiakkaan selviytyminen arjessa, psyykkinen ja kognitiivinen vointi, sosiaalinen hyvinvointi ja toimintakyky, terveydentila, ravitsemus ja kipu (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 25.2.2019).

4.2 Mini nutritional assessment (MNA)

Mini nutritional assessment eli MNA -menetelmä on ikäihmisten eli yli 65-vuotiaan ravitsemustilan arviointimenetelmä, jonka voi tehdä jopa alle 10 minuutissa. MNA -menetelmän arviointilomake on esitetty liitteessä 1. MNA koostuu seulonta – ja arviointiosuudesta, määrittämistä varten tarvitaan myös sukupuoli, ikä, pituus ja paino. Polvi–kantapää mittausta voidaan käyttää tarvittaessa ikäihmisen pituuden arvioinnissa, mikäli pituuden mittaaminen ei muutoin ole mahdollista esimerkiksi vuodepotilaalta. (Nestlé Nutrition institute, [viitattu 17.3.2019]; Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2018.)

MNA- arviointimenetelmä huomioi myös ikäihmisen fyysisistä ja psyykkistä terveydentilaa, toimintakykyä ja sosiaalista ympäristöä. Testin vastaukset on pisteytetty 0–30, jolloin ravitsemustilaa voidaan arvioida seuraavasti: yli 24 pistettä ravitsemustila on hyvä, 17–23,9 pistettä virheravitsemusvaara on mahdollinen, alle 17 pistettä on virheravitsemustila. MNA-testissä on olemassa myös lyhytversio, jossa pisteytys on 0–14. MNA- testin tulos tulee kirjata käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. (Räihä 2012; Nestlé Nutrition institute, [viitattu 17.3.2019].)

MNA on käyttökelpoinen menetelmä aliravitsemustilojen tunnistamisessa. Menetelmässä on kuitenkin omat puutteensa, kuten tunnistaa ikääntyneen energian- ja proteiinin saanti. MNA -menetelmä saattaa antaa tulokseksi normaalin ravitsemustilan, vaikka ikäihmisellä olisi puutteellinen energian ja proteiinin saanti. MNA -menetelmästä puuttuu siis tämältyyppinen herkkyys virheravitsemuksen riskin arviointiin, joka tulee ottaa huomioon ravitsemustilaa tai aliravitsemusriskiä arvioitaessa. Tämän vuoksi vaaditaan hoitajalta tietämystä ravitsemustilan arviointiin, eikä pelkästään luottaa arviointimenetelmään. (Jyväkorpi 2016, 77–78, 86, 98.)

4.3 Malnutrition universal screening tool (MUST –menetelmä)

MUST-menetelmä on näyttöön perustuva menetelmä, jolla voidaan seuloa aliravitut tai aliravitsemuksen riskiin kuuluvat aikuiset. Menetelmä on vahvistettu eli validoitu kotihoidon, perusterveydenhoidon, akuuttihoiton sekä pitkäaikaishoidon käyttöön. Menetelmä on helppokäyttöinen ja nopea, aikaa menee noin 3–10 minuuttia, johon

vaikuttaa tekijän harjaantuneisuus sekä potilaan punnitsemiseen käytetty aika sekä yleiskunto. (Nuuttinen ym. 2010, 3605).

MUST-arviointimenetelmässä selvitetään ikäihmisen painoindeksi, joka pisteytetään 0–2. Alle 18,5 m² painoindeksistä pisteitä saa kaksi. Tämän jälkeen toisessa osiossa arvioidaan painonmuutos alle puolen vuoden ajalta, niin että yli 10 % painonmuutoksesta saa kaksi pistettä. Kolmannessa osiossa arvioidaan ikäihmisen akuutin sairauden vaikutusta ravinnonsaantiin. Edeltävien kolmen osion pisteet lasketaan yhteen, joista maksimitulos on kuusi pistettä. Mikäli arvioinnista saa nolla pistettä, riski vajaaravitsemukselle on vähäinen, yksi pistettä kohtalainen ja yli kaksi pistettä korkea vajaaravitsemuksen riski. MUST -menetelmän kohdassa viisi neuvotaan jatkotoimenpiteet vajaaravitsemuksen arviointiin tai seurantaan. (Ruokavirasto, [viitattu 25.3.2019]; Arffman ym. 2009, 111.) Must -menetelmässä on myös omat puutteensa, ja se saattaa seuloa kohtalaisen aliravitsemusriskiin kuuluvia aikuisia liian vähän ja toisaalta liiaksi suureen aliravitsemusriskiin kuuluviksi (Nuuttinen ym. 2010, 3605).

4.4 Nutritional risk screening (NRS -menetelmä)

NRS -menetelmä huomioi myös iän ja sairauden vaikutukset ravinnontarpeeseen (Arffman ym. 2009, 111; Nuuttinen ym. 2010, 3605). Menetelmässä yli 70-vuoden ikää pidetään jo itsessään ravitsemuksellisena riskitekijänä. Lisäksi menetelmässä luokitellaan sairaudet neljään kategoriaan normaalista vakavaan ravinnontarpeen mukaan. Ravitsemustilan heikentymisen kriteerit ovat vähentynyt ravinnonsaanti ja/tai yli 5 % painon putoaminen kolmessa kuukaudessa. Menetelmässä lasketaan yhteen pisteet iästä, sairauden vakavuudesta ja ravitsemustilan heikentymisestä yhteen, mikäli pisteitä kertyy yli kolme pistettä, merkitsee se tarvetta tehostettuun ravitsemushoittoon. (Nuuttinen ym. 2010, 3605.)

5 IKÄIHMISEN RAVITSEMUSHOIDON TEHOSTAMINEN

Hyvään ja laadukkaaseen ikäihmisen hoitoon kuuluu ravitsemuksen hoito, johon kuuluu ohjaus, ravinnonsaannin turvaaminen, ruokailuolosuhteiden järjestäminen ja ruokahalua edistävät ruokailukäytännöt (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27; Nuuttinen ym. 2010, 3608). Tehostetun ravitsemushoidon toteutukseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuu lääkäri, hoitajia, ravitsemusterapeutti ja ruokapalveluiden työntekijöitä (Nuuttinen ym. 2010, 3608).

Ruokailu saattaa olla ikäihmiselle erittäin tärkeä hetki päivässä, joka voi luoda muistoja lapsuudenkodista sekä kulttuurista identiteettiä. Ikäihminen saattaa kokea ruokailun paljon monitahoisempana kuin nuorempi väestö eli muunakin kuin pelkästään elimistön ravitsemustarpeen tyydyttämisenä. Tutut ruuat luovat kodikasta ja turvallista ilmapiiriä sekä muistot lapsuuden ja nuoruuden ruuista tuovat paljon vanhoja muistoja jo eletystä elämästä. Ruokailuhetkessä ikäihmisen näkökulmasta saattaa kin korostuu sosiaalisuus, osallisuus ja terveellinen mieltymyksiä vastaava ruoka. Ikäihmisten suosikkiruokia ovat olleet perinteiset suomalaiset ruuat kuten puurot, kiisselit, piimä- ja kaljavelli, klimppisoppa, perunamuusi, silakkalaatikko ja ”läski-soossi”. (Perttula ym. 2015, 91.)

Tehostetun ravitsemushoidon aloittamisessa tulee selvittää vähintään ateriarytmi, ruokahalu ja annoskoot. Riittämättömään ravinnonsaantiin viittaavat pienet annoskoot, yksipuolinen ruokavalio sekä ikäihmisen huono ruokahalu. Mikäli aliravitsemusriski on vaikea tai kohtalainen tulee konsultoida aina ravitsemusterapeuttia, joka kartoittaa tarkempia tietoja ikäihmisen ravinnonsaannista. (Nuuttinen ym. 2010, 3606.)

Ikäihmisen nauttima ruuan määrä arvioidaan silmämääräisesti tehostetussa ravitsemushoidossa ja tarvittaessa käytetään seurantalomaketta seuraamaan ruokahalun muutoksia. Energian- ja proteiinin tarve määritellään kertoimen avulla painokiloa kohti. Painon kehittymisen seurannalla saadaan tärkeää tietoa ikäihmisen energia-ansaannin riittävyydestä. (Nuuttinen ym. 2010, 3607.)

6 TYÖELÄMÄYHTEYS

Opinnäytetyön yhteistyöorganisaatio ja tilaaja on Kuntayhtymä Kaksineuvoinen, jonka toiminta-alueeseen kuuluu Alahärmä, Evijärvi, Kauhava, Kortesjärvi, Lappajärvi ja Ylihärmä. Kotihoidon hoitotyössä työskentelee perushoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, toimintaterapeutti ja fysioterapeutteja. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2018.)

Kotihoidon asiakkaat voivat tukipalveluina käyttää erilaisia palveluita, joilla tuetaan kotona pärjäämistä ja arjessa selviytymistä. Asiakkaat voivat käydä ruokailemassa lounaan Evijärven Antinrinteessä, Härmän palvelukeskuksessa, Kauhavan Helmirannassa, Kortesjärven vanhainkodissa, Lappajärven Maijassa tai Ylihärmän avopalvelukeskuksessa. (Kuntayhtymä kaksineuvoinen 2018.)

Toimintakyvyn ollessa ikääntyneellä alentunut pysyvästi tai tilapäisesti, ateriapalvelu voidaan tilata ikääntyneen kotiin tai voidaan tehdä asiointipalvelu. Asiointipalvelussa asiakas ja hoitaja yhdessä tekevät kauppatilauksen, jonka jälkeen kauppavarat kuljetetaan ikääntyneen asiakkaan kotiin. (Kuntayhtymä kaksineuvoinen 2018.)

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on löytää kotihoidon hoitotyötä tekeville työntekijöille sekä omaisille työkaluja kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden hyvän ravitsemuksen turvaamiseen. Tarkoituksena on myös tuoda kotihoidon hoitotyötä tekeville työntekijöille tietoa kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemuksen haasteiden syistä, jotka voivat heikentää ravitsemustilaa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille erilaisia keinoja turvaamaan kotihoidon asiakkaan hyvän ja turvallisen ravitsemuksen sekä lisätä tietoutta ikäihmisen ravitsemuksen tärkeydestä ja moniulotteisuudesta. Näin ollen näihin asioihin pystytettiin puuttumaan aiempaa ennaltaehkäisevämmiin jo ennen kuin ravitsemustila huononee aliravitsemuksen puolelle. Aliravitsemuksen ennaltaehkäisy säästää yhteiskunnan resursseja. (Larsson 2015.) Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on ikäihmisten ravitsemustilojen paraneminen sekä ikäihmisten ravitsemustiloihin suuremman huomion kiinnittäminen hoitotyössä.

Opinnäytetyö tutkimuskysymykset ovat.

1. Miten ikäihmisten ravitsemustilaa voidaan arvioida ja seurata paremmin kotihoidossa?
2. Miten voidaan ehkäistä ikäihmisen aliravitsemustilaa?
3. Miten voidaan parantaa ikäihmisten ravitsemustilaa kotihoidossa?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisella tutkimusotteella, johon aineistoa kerättiin verkkokyselyllä. Kyselyssä painotettiin erityisesti laadullista näkökulmaa. Opinnäytetyön kyselylomakkeen kirje on esitetty liitteessä 2 ja itse kyselylomake on esitetty liitteessä 3. Laadullinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin miksi, miten ja millainen. Laadullisen opinnäytetyön aineisto on monipuolista sekä monilähteistä. Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin verkkokyselyllä ja haastattelulla. Laadullinen tutkimus on kiinnostunut siitä, miten ihmiset kokevat ja näkevät maailman eli kiinnostuneita merkityksistä ja ilmiöiden ymmärtämisestä. (Kananen 2017, 34–36; Metsämuuronen 2009, 220.) Laadullista opinnäytetyötä voitaisiinkin kutsua ymmärtäväksi tutkielmaksi, jossa pyritään syvällisesti ymmärtämään sekä selittämään erilaisia ilmiöitä ja kokemuksia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 33–37).

Opinnäytetyön kyselyssä painotettiin erityisesti laadullisia kysymyksiä. Kyselyllä kerättiin aineistoa Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kotihoidon hoitotyötä tekeville työntekijöiltä. Kyselylomake julkaistiin toukokuussa 2019, ja se jaettiin 128 henkilökunnan jäsenelle sisäisen postin kautta, kyselyyn saatiin kesän aikana 45 vastausta. Kyselyn vastausprosentti oli 35,2 %.

Kyselylomake jaettiin kolmeen eri osa-alueeseen eli vastanneiden taustatietoihin, vastanneiden saamaan ravitsemustietoon ja ravitsemuksen toteuttamisen kartoittamiseen. Kyselyn vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisen sisällönanalyysin avulla kyselyn vastauksia ensi tiivistettiin, jonka jälkeen tarkasteltiin vastausten samankaltaisuuksia. Samankaltaiset vastaukset yhdistettiin, joista muodostui alakategorioita. Induktiivisesta sisältöanalyysistä on esimerkki taulukossa 2. Opinnäytetyön tulokset varmistettiin tekemällä yksi puhelinhaastattelu kotihoidon hoitotyötätekeville työntekijälle.

Taulukko 2. Sisällönanalyysistä esimerkkitaulukko vastanneiden saamasta ravitsemustietoudesta.

Ylläkatgoria	Alakategoria	Pelkistetty ilmaus
Ravitsemukseen liittyvä tieto opintojen aikana.	Erityisruokavaliot ja ikääntyneiden erityistarpeet.	<p>"Erityisruokavaliot, ravinnon määrä laatu imeytyminen vuorokaudenaikana vanhuksilla".</p> <p>"Erityisruokavaliot ja niiden yhteys sairauksiin. Aliravitsemuksen ehkäisy".</p> <p>"Ravitsemuksen merkitys haavanhoitossa ja sairauksien ehkäisyssä"</p> <p>"Tietoa sain siitä, mistä koostuu ikääntyvän ihmisen päivittäinen ravinnon saanti".</p>
	Konkreettinen taito ja teoreettinen tieto.	<p>"Mentiin keittiölle laittamaan ruokaa ja käytiin teoriatietoa ravitsemuksesta".</p> <p>"Meillä oli ravitsemukseen liittyviä oppitunteja".</p> <p>"Opetussuunnitelmaan kuulunut ravitsemusopin kurssi"</p>
	Ikääntyneen ravitsemustilan havainnointi ja arviointia.	<p>" ja kuinka tärkeää on havainnoida ihmisissä tapahtuvia muutoksia ja onko se sidoksissa ravinnon saantiin".</p> <p>"MNA-menetelmää"</p>
	Ei muista	"En muista"
Lisäkoulutuksen tarve ravitsemukseen liittyen.	Kyllä, lisäkoulutus on tarpeellista.	<p>"Kyllä olisin halunnut. Koulutus olisi tarpeellinen".</p> <p>"Lisäkoulutus on aina hyvä!".</p> <p>"Kaikki koulutus on tarpeen!".</p>
	Ehkä lisäkoulutus on tarpeellista, omatoimisesti löytänyt tietoa.	"Ehkä pientä täydennystä olisin kaivannut mutta olen huomannut, että työssä olen matkan varrella oppinut myös paljon".
	Ei ole tarpeellista, on hyödyntänyt muualta saatua tietoa omatoimisesti.	"En toistaiseksi ole tarvinnut, koska olen hyödyntänyt saatua tietoa omatoimisesti".

9 OPINNÄYTETYÖN KYSELYN TULOKSET

9.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Taustatiedoissa haluttiin selvittää vastaajien koulutustausta, kauanko valmistumisesta oli aikaa ja oliko vastaaja saanut koulutuksen aikana ravitsemuksesta tietoa. Lisäksi taustatiedoissa kartoitettiin vastaajan mahdollisesti saatu opintojen jälkeinen työnantajan antama lisäkoulutus ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot ovat nähtävissä taulukossa 3.

Vastaajista suurin osa oli lähihoitajia ja seuraavaksi eniten sairaanhoitajia, vastaajista suurin osa oli valmistunut ammattiinsa 6–10 vuotta sitten eli vuoden 2009–2013 välisenä aikana.

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot

	n=45	%
Ammattinimikkeet		
Lähihoitajia	n=25	55,6 %
Sairaanhoitajia	n=11	24,4 %
Terveydenhoitajia	n=4	8,9 %
Muita sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia	n=5	11,1 %
Valmistumisesta aikaa		
0 – 5 vuotta	n=9	20 %
6 – 10 vuotta	n=13	28,9 %
11 – 15 vuotta	n=10	22,2 %
16 – 25 vuotta	n=8	17,8 %
Yli 26 vuotta	n=5	11,1%

9.2 Kyselyyn vastanneiden opintojen aikana saama tieto ravitsemuksesta ja lisäkoulutuksen koettu tarve

Kyselyssä kartoitettiin vastaajien taustatiedoissa valmistumista, opintojen aikana saatua ravitsemukseen liittyviä tietoja sekä työnantajan antamaa lisäkoulutusta. Vastaajista suurin osa (n=37) oli saanut opintojen aikana ravitsemukseen liittyvää koulutusta, kuitenkin noin viides osa (n=8) ilmoitti, ettei opintoihin kuulunut ravitsemukseen liittyvää opetusta lainkaan. Lisäksi vain vajaa puolet (n=19) vastaajista ilmoittivat saaneensa kolmen vuoden aikana ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta työpaikallaan (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastaajien saama ravitsemuksellinen koulutus.

Kuuluiko ravitsemus ja siihen liittyvät asiat opintoihin		
Kyllä	n=37	82,2 %
Ei	n=8	17,8 %
Vastaaja on työhistoriassaan saanut ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta.		
Kyllä, 0 – 3 vuotta sitten	n=19	42,2 %
Kyllä, 4 – 9 vuotta sitten	n=8	17,8 %
Kyllä, yli 10 vuotta sitten	n=2	4,5 %
En ole saanut	n=14	31,1 %
En osaa sanoa	n=2	4,4 %

Tarkemmin vastaajien saamaa ravitsemuksellista tietoa opintojen aikana selvitettiin avoimien kysymysten avulla. Näistä vastauksista muodostui sisältöanalyysiä käyttäen 4 alakategoriaa. Alakategoriat opintojen aikana saamasta koulutuksen sisällöstä ovat erityisruokavaliot ja ikääntyneiden erityistarpeet, konkreettinen taito ja teoreettinen tieto, ikääntyneen ravitsemustilan havainnointi ja arviointi sekä ei mui-
teta. Alakategoriat ja niiden sisältö, ovat katsottavissa sisältöanalyysin esimerkki-
taulukosta 2. Vastauksissa nousi esille, että opintojen aikana vastaajat olivat saa-
neet ravitsemuksesta yleistä teoreettista tietoa, sekä tietoa ikääntyneiden ravitse-

muksen erityistarpeista ja erityisruokavalioista. Vastauksissa mainittiin myös yksittäisiä kertoja konkreettinen ruuanlaittotaito, ikääntyneiden havainnointi -ja arviointi ja, ettei opintojen aikaisia ravitsemusasioita enää muisteta.

Työnantajan antamasta lisäkoulutuksen tarpeellisuudesta muodostui 3 alakategoriaa. Nämä kolme muodostunutta alakategoriaa ovat lisäkoulutus on tarpeellista, lisäkoulutus saattaisi olla tarpeellista ja lisäkoulutukselle ei nähdä tarvetta. Suurin osa avoimeen kysymykseen vastanneista, jotka eivät olleet työelämässä lisäkoulutusta saaneet kokivat tarvitsevansa tai haluavansa lisäkoulutusta. Yksittäisissä vastauksissa nousi myös vastakkaisia mielipiteitä esille ja, ettei vastaaja osannut valita kantaa asian suhteen. Vastanneet, jotka kokivat, etteivät tarvitse lisäkoulutusta työnantajan puolelta mainitsivat omatoimisen opiskelun asioiden tiimoilta ja työnohessa oppimisen.

Kyllä olisin halunnut [lisäkoulutusta]. Koulutus olisi tarpeellinen.

Ehkä pientä täydennystä olisin kaivannut, mutta olen huomannut, että työssä olen matkan varrella oppinut myös paljon.

9.3 Vastaajien käyttämiä ravitsemuksen arviointimenetelmiä ikäihmisten hoitotyössä

Kyselyssä haluttiin kartoittaa vastaajien käyttämiä ravitsemuksen arviointimenetelmiä ikäihmisten hoitotyössä. Vastaajilla oli mahdollisuus vastata arviointimenetelmän lisäksi avoimeen kysymykseen, jossa he pystyivät tarkentamaan vastausvaihtoehtoaan. Vastaajilta toivottiin erityisesti tietoa, kuinka usein arviointimenetelmää käytettiin ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnissa

Kaikki vastaajat mainitsevat käyttävänsä ikääntyneen asiakkaan ravitsemuksen arviointiin painonseurantaa. Vastaukset painonseurannan säännöllisyydestä vaihtelivat kuitenkin paljon, vastauksia tuli viikosta aina puoleen vuoteen. Suurin osa kuitenkin kertoi punnitsevansa ikääntyneen asiakkaan säännöllisesti kuukauden välein. Vastaajien käyttämiä menetelmiä ikääntyneiden ravitsemustilojen arvioinnissa on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Vastaajien käyttämiä ravitsemuksen arviointimenetelmiä ikäihmisten hoitotyössä.

Millaisia menetelmiä vastaajat kertovat käyttäneensä ja kuinka usein niitä käytettiin ikään- tyneen ravitsemustilan arvioimisessa.			
Menetelmä	n=45	100%	Sulkeissa luku montako tämänkaltaista vastausta saatiin.
Asiakkaiden säännöllinen Painonseuranta	n=45	100%	Viikoittain (2), kuukausittain (9). Mainittu myös kuuden kuukauden välein ja säännöllisesti.
Asiakkaiden havainnointi	n=43	95,6%	Joka käynnillä (2), päivittäin (9). Mainittu myös viikoittain ja vapaaseen tekstiin "ruokailutottumukset".
Asiakkaan ohjaus ravitsemushoidossa	n=40	88,9%	Päivittäin (3), viikoittain (2), kuukausittain (2). Mainittiin myös tarvittaessa ja satunnaisesti. Vapaaseen tekstiin "kauppalistan teko yhdessä".
Asiakkaista otettavat laboratoriokokeet	n=31	68,9%	Vuosittain (3). Mainittu myös kuuden kuukauden välein, kuukausittain ja tarvittaessa. Vapaaseen tekstiin "sairaanhoitajat ottavat, tiedot käytettävissä"
MNA-menetelmä	n=30	66,7%	Mainittu kertaalleen kuukauden, 6 kk, vuoden välein, satunnaisesti ja tarvittaessa.
Moniammatillinen Työskentely	n=26	57,8%	Viikoittain (2), kuukausittain (3) ja vuosittain (1). Mainittu myös satunnaisittain (2) ja vapaaseen tekstiin lisäksi "työyhteisön osaamisen hyödyntäminen".
Ravitsemuksen seurantalomake	n=8	17,8%	Mainittu kertaalleen satunnaisesti, tarvittaessa, viikoittain, päivittäin. Vapaaseen tekstiin myös "asiakkaan ollessa huonommassa kunnossa nestelistan pito ja seuranta".
Ruokapäiväkirja	n=4	8,9%	Mainittu joskus (1).

Asiakkaiden havainnointia käyttivät lähes kaikki (n=43) vastanneet ravitsemuksen arviointimenetelmänä. Avoimiin kysymyksiin vastanneista suurin osa kertoo havainnoivansa ikääntynyttä asiakasta päivittäin, myös joka käynnillä ja viikoittain oli mainittu vastauksissa. Kerran oli mainittu myös ikääntyneen asiakkaan ruokailutottumusten huomioiminen. Vastaajista n=40 kertoi käyttävänsä asiakkaan ravitsemuksen ohjausta yhtenä arviointimenetelmänä, tämänkin menetelmän kohdalla avointen kysymysten vastaukset hajautuivat päivittäisestä ohjauksesta kuukausittaiseen, sekä mainittiin tarvittaessa ja satunnaiseen ohjaukseen. Yksittäisenä kommenttina oli mainittu myös kauppalistan tekeminen yhdessä ikääntyneen asiakkaan kanssa.

Asiakkaista otettavia laboratoriokokeita kertoi hyödyntävänsä suurin osa vastaajista $n=31$. Avoimiin vastauksiin tuli yksittäinen maininta, että sairaanhoitajat ottavat ikääntyneiltä asiakkailta verikokeet, joiden tulokset ovat muilla hoitotyötä tekevillä käytössä. Avoimissa vastauksissa ei käynyt kuitenkaan ilmi, kuinka usein hoitajat käyttävät verikoetulosten tietoa ravitsemuksen arvioinnissa. Vastaajien vastaukset verikokeiden ottamisen säännöllisyydestä vaihtelivat kuukausittaisesta vuosittaiseen, mainittiin myös puolenvuoden välein ja tarvittaessa.

Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kotihoito on ottanut vuonna 2019 käyttöönsä MNA-ravitsemuksen arviointimenetelmän (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2019), joka nousee vastauksissa varsin hyvin esille, sillä suurin osa ($n=30$) kertoi menetelmää käyttäneensä ikääntyneen ravitsemustilaa arvioitaessa. MNA-menetelmän avoimiin kysymyksiin saatiin vain muutama vastaus, jotka poikkesivat kaikki toisistansa.

Yli puolet vastaajista ($n=26$) mainitsi käyttävänsä ikääntyneen ravitsemuksen arviointiin moniammatillista yhteistyötä. Avoimeen vastauskenttään saatiin vain muutama tarkentava kommentti, jotka hajaantuivat viikoittaisesta vuosittaiseen, sekä satunnaiseen yhteistyöhön.

9.4 Vastaajien ravitsemuksen edistämisen menetelmiä ikäihmisten hoitotyössä

Kyselyssä haluttiin kartoittaa, millaisia menetelmiä kotihoidon työntekijöillä oli käytössään ikääntyvän asiakkaan ravitsemuksen edistämisessä. Tähän kysymykseen vastasi 44 vastaajaa, kaikkiin avointen kysymysten tarkentaviin kohtiin vastaajat eivät kuitenkaan olleet vastanneet. Osiossa käydään hieman tarkemmin ravitsemuksen edistämisen menetelmät, joita yli puolet vastaajista kertoo käyttäneensä.

Vastauksissa nousi eniten esille energiapitoisemman ruuan tarjoileminen ravitsemuksen edistämiseksi, jota suurin osa vastaajista ($n=35$) ilmoittivat toteuttavansa. Avoimeen vastaukseen saatiin muutama vastaus, jotka hajaantuivat päivittäin ja viikoittain toteutettavaan energiapitoisemman ruuan tarjoilemiseen.

Toiseksi eniten käytetty ($n=34$) menetelmä ravitsemuksen edistämiseksi oli ravintovalmisteiden käyttö. Avoimeen kysymykseen oli aktiivisesti ($n=17$) vastattu, ja suurin

osa avoimeen kysymyksen vastaajista (n=8) kertoi käyttävänsä ravintovalmisteita päivittäin, lisäksi mainittiin tarvittaessa (n=5) ja viikoittain (n=4). Muutama vastaaja oli vielä tarkentanut vastaustaan ja maininnut ravintovalmistemerkit Nutridrink ja Cupitanin.

Vastaajista hieman yli puolet (n=28) kertoo edistävänsä proteiinilisällä ikääntyneen ravitsemustilaa. Kuitenkin vain neljännes oli vastannut avoimeen tarkentavaan kysymykseen, joissa vastaajat mainitsevat menetelmää käytettävän päivittäin, viikoittain ja mahdollisuuksien mukaan. Loput vastaajien mainitsemat ravitsemuksen edistämisen menetelmät ikäihmisten hoitotyössä esitetään taulukossa 6.

Taulukko 6. Vastaajien ravitsemuksen edistämisen menetelmiä ikäihmisten hoitotyössä

Millaisia menetelmiä vastaajat olivat käyttäneet ikääntyneen ravitsemustilan edistämässä			
Moniammatillinen yhteistyö	n = 25	56,8 %	Viikoittain, kuukausittain, vuosittain, satunnaisesti.
Ravitsemushoidon ohjaus	n = 21	47,7 %	Päivittäin, usein, satunnaisesti
Ravitsemushoidon kirjaaminen	n = 19	43,8 %	Päivittäin, satunnaisesti
Lisäravinteet	n = 18	40,9 %	Tarvittaessa, päivittäin, kuukausittain, lisäksi mainittu B-vitamiini, D-vitamiini, cohemini inj.
Ravitsemussuositusten käyttäminen	n = 17	38,6 %	Päivittäin
Ravitsemusterapeutin konsultaatio	n = 5	11,3 %	Kerran/kaksi vuodessa, diabeteshoitajan konsultaatiot
Ruokapäiväkirjan / seurantalomakkeen käyttö	n = 3	6,8 %	Vastauksissa mainittiin, että päivittäni. Vastauksissa tarkennettiin lisäksi, että kysytty asiakkaalta ruokailusta sekä seurataan mitä asiakas syönyt.
Muu menetelmä	n = 2	4,6 %	Pyydetään omaisia osallistumaan asiakkaan ravitsemuksen edistämiseen mm. energiapitoisemman ruuan hankkiminen.

9.5 Vastaajien oma arvio alueensa ikääntyneiden asiakkaittensa ravitsemustilasta

Kysymyksellä haluttiin kartoittaa, millaiseksi vastaajat kokevat oman alueensa ikääntyvien asiakkaidensa tämän hetkisen ravitsemustilan. Suomisen ja Pitkäsen (2016) tutkimuksessa käy ilmi, että ikääntyneiden valtakunnallinen virheravitsemuksen riski on korostunut noin 50 % kotihoidon asiakkaista, ja huono ravitsemustila hieman alle 10 % kotihoidon piiriin kuuluvalla.

Ikääntyneiden ravitsemustilaa koskevaan avoimeen kysymykseen oli vastannut 41 vastaajaa. Vastauksista muodostui sisältöanalyysiä käyttäen 5 alakategoriaa, jotka selkeyden vuoksi esitellään jokainen omana otsikkonaan. Nämä 5 muodostunutta alakategoriaa olivat aterioinnin ja ravitsemuksen seurannalla saavutettu hyvä ravitsemustila, monipuolisella ruokavaliolla ja ravitsemuksen tukemisella saavutettu hyvä ravitsemus, sairaudet heikentävät hyvää ravitsemustilaa, puutteellinen tai yksipuolinen ruokavalio heikentävät hyvää ravitsemustilaa ja monella heikko ravitsemus tai aliravitsemus.

9.5.1 Aterioinnin ja ravitsemuksen seurannalla saavutettu hyvä ravitsemustila

Noin puolet (n=20) vastaajista kuvaili kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa pääasiassa hyväksi tai melko hyväksi. Syiksi ikääntyneiden hyvään tai melko hyvään ravitsemukseen nähtiin, että hoitajat seurasivat ikääntyneiden syömisiä säännöllisesti, ja mikäli ongelmia havaittiin, niihin puututtiin moniammatillisella yhteistyöllä. Vastauksissa nousi esille myös, että hoitajat tarvittaessa auttavat ruokailussa, ikääntyneen ravitsemustilaa arvioidaan säännöllisesti ja syömisistä muistutellaan.

Mielestäni ravitsemuksen tila on hyvä ja mikäli ongelmia havaitaan niin siihen puututaan moniammatillisessa yhteistyössä.

Melko hyväksi. Syömisestä muistutetaan joka käynnillä.

Kohtalaisen hyvä ravitsemustila. Asiakkaiden ravitsemustilaa seurataan säännöllisesti ja puututaan jos tarvetta.

Ihan hyvä. Hoitohenkilökunta varmistaa käynneillään asiakkaiden ruokailun sujumisen ja auttavat siinä tarvittaessa.

Käynneillä varmistetaan syöminen. Tehdään arviointia, punnitukset kuukausittain.

Pääosin ravitsemustilanne on hyvä. Aina löytyy poikkeuksia asiakkaissa.

9.5.2 Monipuolisella ruokavaliolla ja ravitsemuksen tukemisella saavutettu hyvä ravitsemus

Edellisen alakategorian tavoin myös tämän vastaajat arvioivat alueensa ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemuksen pääasiassa hyväksi Syyksi pääasiassa hyvään ravitsemukseen vastaajat kokivat, että tuettiin monipuolista ruokavaliota ja ikäihmisillä oli mahdollisuus saada ateriapalveluja kotiin. Vastausten perusteella hoitajat pyrkivät edistämään hyvää ravitsemusta tarjoamalla tai ohjaamalla monipuoliseen ruokavalion noudattamiseen.

Hyvä, mahdollisuus saada kotiin ateria päivittäin.

Tällä hetkellä hyvä, siksi näin koska on vanhuksia, joille tulee ruoka valmiina kotiin, joka monipuolista.

...suurimmalle osalle päivittäin lämmin ruoka annos tulee.

Osa vanhuksista syö monipuolisesti ja hyvin.

9.5.3 Sairaudet heikentävät hyvää ravitsemustilaa

Kolmannes (n=12) vastaajista arvioi ikääntyneiden ravitsemustilan kohtalaiseksi tai puutteelliseksi alueensa asiakkailleen. Kohtalaisen tai puutteellisen ravitsemustilan syiksi vastaajat arvioivat sairaudet ja muut ravitsemuksen haasteet. Ravitsemusta heikentäviksi haasteiksi mainittiin monisairaat, muistisairaat, epäluuloisuus ja aisti-ongelmat.

Kohtalaiseksi. Ovat monisairaita, muistisairaita, epäileviä.

Tietysti tähän vaikuttaa sairaudet, iän myötä imeytyminen heikkenee.

...sairaudet vähentävät ruokahalua.

Muistiongelmia ja aistiongelmia sekä mielialuongelmia vaikeuttavat.

Muistisairaille, yksin asuvilla asiakkailla on osalla selkeästi puutteita riittävän ravitsemuksen toteutumisessa.

9.5.4 Puutteellinen tai yksipuolinen ravinto heikentävät hyvää ravitsemustilaa

Edeltävän alakategorian tavoin vastaajat arvioivat myös tässä alakategoriassa ravitsemustilan ikääntyvillä asiakkaillaan kohtalaiseksi. Syyksi kohtalaiseen ravitsemustilaan vastaajat näkivät ikäihmisten yksipuoliset ruokailutottumukset tai heille tarjoitavan yksipuolisen tai puutteellisen ruuan sisällön vuoksi.

Toisten ruokavalio on erittäin puutteellista ja hyvin yksitoikkoista, tähän vaikuttaa, vähäiset rahat ja hiilihydraatti pitoiseen ruokaan, tietämättömyys ravinnon tärkeydestä.

Tottumukset ovat jo hyvin pinttyneitä, joten ravitsemuksen laatuun panostaminen on haastavaa.

Useammissa vastauksissa nousi esille aterioiden heikko laatu, ja ettei ikääntyneiden ruuassa ole tarpeeksi proteiinia eikä kasviksia ja hedelmiä. Vastaajat olivat pyrkineet vaikuttamaan tarjottavan ruuan ravitsevuuspitoisuuteen, mutteivat olleet siinä aina onnistuneet. Lisäksi yksi vastaaja oli maininnut, ettei ikäihmisellä ole välttämättä ollut riittävästi syötävää jääkaapissa.

Ateriapalvelun ruoka on huonoa. Ilmeisesti raha ratkaisee, koska ruoka on tehty halvoista raaka-aineista, salaattia vähän ja mehukeitto kiiselinä. Asiakkaalle se kuitenkin maksaa saman verran kuin hyvä ateria ruokapaikassa. Ulkoasu huonoa eikä ikäihmiselle sopivaa.

Omaisten tehtävänä on huolehtia kaupassakäynneistä, mutta silti jääkaapista ei löydy riittävästi syötävää.

Kaupasta ostettavien eläinruokien ostoja sekä heikentävät ravitsemustilaa. Ruokapalvelusta tilattavat ruoka on ravintoköyhää ja mautonta.

On myös asiakkaita, joiden ruokavalio on erittäin niukkaa. Kotihoidosta on nyt kiinnitetty huomiota riittävään proteiinin saantiin.

On aika vaikea päättää mitä he syövät, kun ruoka tulee keittiöltä. Toiveita toki voidaan esittää, mutta on hallussaan toteutetaanko ne.

9.5.5 Monella heikko ravitsemustila tai aliravitsemus

Vastaajista noin viidesosa (n=9) arvioi ikääntyvien asiakkaiden ravitsemustilan heikoksi tai aliravitsemusriskiksi kuuluviksi. Avoimeen vastauskenttään saatiin vain yksi laajempi perustelu ikäihmisten heikosta ravitsemuksen syistä. Syyksi mainittiin tiedon puute ja taloudelliset syyt. Toisessa kommentissa mainitaan, että ikäihmisten heikkoa ravitsemustilaa on pyritty parantamaan marjojen lisäämisellä aamupuuroihin ja kehoitettu syömään proteiinipitoisempia valmisteita.

Huono. Ikäihmiset kokevat, että ei tarvitse syödä, kun eivät kulutakaan enää. Tiedon puutetta ja välittämättömyyttä asioista sekä säästetään taloudellisesti ravinnosta.

Moni kotihoidon asiakkaista ovat aliravittuja.

Lähes jokainen asiakas on jossain määrin aliravittu.

Useimmilla on heikohko.

Ala-arvoista. Pieni osa asiakkaistani on aliravittuja, asiaan puututaan heti, kun seurannassa huomataan muutosta, asiaan puututaan.

Pyritään aamupalalla puuroon lisäämään marjoja ja kehoittamaan syömään proteiinipitoisempia ruokia, silti aliravitsemusta.

9.6 Tulosten oikeellisuuden varmistaminen

Opinnäytetyön tulokset varmistettiin face-validateetti menetelmällä, jossa tulokset esitettiin yhdelle Kuntayhtymä Kaksineuvoisen henkilökunnan jäsenelle. Häneltä pyydettiin kommentteja ja arviota tutkimustulosten oikeellisuudesta. Puhelinkeskustelussa esiteltiin kyselyssä saadut tulokset osa-alueittain. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 165.) Henkilökunnan jäsen koki tulokset hyvinkin mahdollisiksi, ja ilmiö oli tuttu.

Henkilökunnan jäsenen kanssa keskusteltiin hieman enemmän avointen kysymysten vastausten heittelystä, esimerkiksi menetelmien käytön avointen vastaukset vaihtelivat viikosta vuoteen. Henkilökunnan jäsen vahvisti, että asia voi hyvin olla näin riippuen millä reitillä työntekijä kulkee. Reittien asiakkaiden tarpeet voivat vaihdella paljon toisistaan.

Vastausten heittelyyn ehdotettiin myös täysin yhteneväisten käytänteiden puuttumista, johon saatiin myös vahvistus. Toisaalta täysin yhteneväisiä käytänteitä on hankala sopiaakaan, sillä hyvä ravitsemus on parhaimmillaan yksilölliset tarpeet huomioivaa.

Puhelinhaastattelun aikana ei noussut mitään poikkeavaa opinnäytetyön tuloksissa. Opinnäytetyön tulosten varmistamista hieman haittasi, että se jouduttiin suorittamaan puhelimitse ja henkilökunnan jäsenellä oli työvuoro juuri loppuillaan. Puhelinhaastattelussa saatiin kuitenkin käytyä kaikki tulokset läpi.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

10.1 Ikäihmisen ravitsemuksen arvioinnin ja edistämisen yhteenveto

Vastaajien vastaukset ikäihmisten ravitsemuksen arvioinnin kaikkiin avoimiin kysymyksiin poikkesivat toisistaan melko paljon. Toisaalta kaikki vastaajat eivät olleet käyttäneet aikaa avoimien kysymysten vastauskenttien täyttämiseen. Pienestä avointen vastausten otannasta huolimatta voisi kuitenkin päätellä, ettei vastaajilla ole käytössään täysin yhtenäistä ohjeistusta ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnin seurantaan. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen on ottanut vuoden 2019 aikana MNA-menetelmän käyttöön, jonka yhtenä tarkoituksena on yhtenäistää ikäihmisten ravitsemuksen arviointia ja edistää hyvää ravitsemustilaa (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen 2019). MNA-testi näkyi hyvin ikäihmisten ravitsemuksen arviointimenetelmissä. Tuloksia MNA-testin käyttöönoton tuloksista voidaan odottaa vasta myöhemmin, sillä ravitsemuksen korjaaminen vie usein aikaa.

Kyselyn vastauksista positiivista oli, että erilaisia arviointimenetelmiä käytettiin aktiivisesti. Erilaisten arviointimenetelmien aktiivinen käyttö helpottaa ikäihmisen ravitsemustilan arviointia. Arviointimenetelmien käytön lisäksi vaaditaan hoitotyötä tekeviltä työntekijöiltä hyvää ammattitaitoa havaita ikäihmisen ravitsemuksessa tapahtuvat muutokset (Suominen & Pitkälä 2016). Arviointimenetelmissä on omat puutteensa, jotka hoitajan tulee tietää ja osata huomioida ikäihmisen ravitsemustilaa arvioitaessa ja seuratessa. Esimerkiksi MNA -menetelmä saattaa antaa ikäihmisen ravitsemukseksi normaali tuloksen, vaikka ikäihmisellä olisi puutteellinen energian ja proteiinin saanti. (Jyväkorpi 2016, 77–78.) Parannettavaa löytyi ikääntyneiden asiakkaiden yhtenäisestä ja säännöllisestä ravitsemuksen arvioinnista ja seurannasta.

Ravitsemuksen havainnoinnin voisi toteuttaa muun muassa kiinnittämällä huomiota asiakkaiden asenteeseen ruokailua kohtaan, syökö hoitajien käyntien välissä, ruuan maittavuuteen, ihon kuntoon ja ikäihmisen yleisvoinnin huomioiminen. Kaikista havaituista muutoksista on hyvä kirjata tiedot ylös käytössä olevaan järjestelmään, jotta mahdollisiin muutoksiin voidaan puuttua ajoissa ja lisäksi muut hoitajat osaavat

kiinnittää mahdollisiin muutoksiin myös huomiota. Hyvällä havainnoinnilla ja seurannalla yhdistettynä tarvittaessa varhaiseen ravitsemuksen tehostamiseen voidaan ennaltaehkäistä ikäihmisten aliravitsemustilan kehittymistä ja aliravitsemusta, joka oli opinnäytetyön yhtenä tutkimuskysymyksenä.

Vastauksista nousee esiin myös asiakkaiden ohjauksen avoimiin kysymyksiin vastausten suuri hajonta (päivittäin, viikoittain, kuukausittain). Ohjauksen merkityksen tärkeyttä ei voida tässäkään asiassa liikaa korostaa. Terveystieteiden ammattilaiselle kuuluu asiakkaan oikeaoppinen ohjaus päivittäiseen työhön, joka tulisi huomioida myös ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Ikääntyneen ohjauksen voi toteuttaa pienin askelin yhteistyössä asiakkaan kanssa, jottei ohjauksesta muodostu negatiivista ja tuputtavaa kuvaa ikääntyneelle. Ohjaus on parhaimmillaan motivoivaa, luontevaa ja asiakkaalle uuden tiedon antamista.

Ikäihmisen ravitsemuksen edistämisen menetelmissä huomio kiinnittyy ravitsemuksen ohjauksen ja kirjaamisen suhteellisen alhaisiin lukuihin. Tämä toki saattaa johtua siitä, ettei kaikkea ikääntyneelle annettua ohjausta välttämättä mielletä ohjaukseksi.

Kehitettävää löytyy ikääntyneiden ravitsemussuositusten siirtämisestä käytäntöön, sillä useat vastaajat olivat maininneet ravitsemussuositukset opintojen aikaisiksi opinnoiksi, mutta niiden siirtäminen käytäntöön ei ole ilmeisesti aivan onnistunut. Näiden kolmen edellä mainitun menetelmän käyttäminen päivittäisessä hoitotyössä ei vaadi suuria rakenteellisia muutoksia kotikäynneille. Kuitenkin ravitsemuksen edistämisen kannalta ikäihmisen ohjauksella, kirjaamisella sekä ikääntyneiden ravitsemussuositusten käyttöönotolla arjessa saattaa olla hyvinkin suotuisia vaikutuksia puhuttaessa ikäihmisen hyvän ravitsemuksen turvaamisesta.

Opinnäytetyön yhtenä tutkimuskysymyksenä oli, kuinka voidaan parantaa ikäihmisen ravitsemustilaa kotihoidossa. Vastausten perusteella kehitettävää löytyisi hoitotyötä tekevien työntekijöiden jatko- ja lisäkoulutuksen tarpeen huomioimisessa ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Lisäkoulutuksen voisi toteuttaa esimerkiksi osastotuntien tai ravitsemusterapeuttien luentojen merkeissä. Hyvällä ravitsemuksella on kiistatta erittäin ennaltaehkäiseviä vaikutuksia kokonaisvaltaiseen terveyteen, ja hyvällä ravitsemuksella voidaan parantaa ikääntyneen elämänlaatua ja säästää

kustannuksia merkittävästi ikääntyvien hoitotyössä (Larsson 2015; Sharma ym. 2016, 1006).

Ensimmäiset ikääntyneiden ravitsemussuositukset julkaistiin vuonna 2010, joten sitä aiemmin saatuja opintoja ikääntyvien ravitsemussuosituksista voidaan pitää myöskin vanhentuneina (Jyväkorpi ym. 2014). Suositeltavaa onkin ylläpitää ja ajantasaistaa hoitotyötä tekevien hoitajien ravitsemuksen tietoja sekä huomioida säännöllinen ja riittävän laaja ja oikeanlaisen tiedon saannin lisäkoulutus ikäihmisten ravitsemuksesta. Tutkimusten mukaan etenkin muistisairaiden ikäihmisten ravitsemustila koheni hoitajien lisäkoulutuksen ansiosta (Suominen ym. 2013, 19). Hoitajien lisäkoulutus voisi koostua esimerkiksi ajantasaisen tiedon saamisesta, jatkuvasti uusien ravintovalmisteiden ja proteiinivalmisteisiin tutustumisesta, ravitsemushaasteiden syvällisemmästä ymmärtämisestä, ravitsemuksen seurannan ja kirjauksen tärkeydestä, ravitsemuksen seurannan yhtenäistämisestä ja tehostetun ravitsemuksen toteuttamisessa käytännössä.

10.2 Opinnäytetyöprosessin arvioinnin yhteenveto

Tämän opinnäytetyöprosessin tavoitteena oli kehittää ammatillista osaamista ikääntyneiden ravitsemuksen saralla sekä syventää tietoa ravitsemuksesta ja ravitsemuksen haasteisten perimmäisistä syistä. Opinnäytetyöprosessi alkoi alkuvuodesta 2019. Keväällä opinnäytetyön suunnitelma esiteltiin suunnitteluseminaarissa. Kesä kerättiin aineistoa ja syksyllä 2019 aineiston tulokset analysoitiin ja verifioitiin. Alkuvuodesta 2020 valmis opinnäytetyö esiteltiin seminaarissa.

Opinnäytetyöprosessi on syventänyt merkittävästi ymmärrystä ikääntyneen ravitsemuksesta ja lisännyt ymmärrystä, ettei hyvän ravitsemuksen turvaaminen ole aina yksinkertaista tai helppoa. Opinnäytetyöprosessin ansiosta voidaan tukea ikäihmisten hyvää ja turvallista ravitsemusta jatkossa paremmin. Lisäksi tunnistetaan aliravitsemusriskit aikaisemmassa vaiheessa, joka parantaa ikäihmisten elämänlaatua.

10.3 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet

Hyvän ravitsemuksen tärkeyteen tulisi kiinnittää huomiota jo opintojen aikana. Hyvänä opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena olisi selvittää, ovatko sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopintojen aikana ravitsemushoidon opinnot riittävän laajoja, jotta hoitajat voivat työskennellä riittävän laadukkaasti ikäihmisen turvallisen ravitsemuksen eteen.

Toisena jatkotutkimusaiheena olisi hyvä selvittää, mikä on Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kotihoidon alueen ikääntyneiden asiakkaiden todellinen ravitsemustila. Suomisen ja Pitkäsen (2016) tutkimuksen mukaan virheravitsemuksen riski on korostunut noin 50 % kotihoidon asiakkaista, ja lisäksi huono ravitsemustila hieman alle 10 % kotihoidon piiriin kuuluvalla.

11 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

11.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö toteutetaan käyttäen yleisesti hyväksyttyjä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tieteellisiä käytänteitä, joihin tekijä on perehtynyt huolellisesti. Näihin käytänteisiin kuuluu hyvät toimintatavat, joita ovat muun muassa perehtyneisyys aiheeseen, rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Opinnäytetyön eettisyyden pohdinta alkaa jo ennen opinnäytetyön kirjoittamista, sillä aiheen valinta vaatii eettistä tarkastelua. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 5–8.)

Yksi merkittävimpiä osa-alueita hyvissä käytänteissä on tietosuoja, joka huomioidaan huolellisesti opinnäytetyötä tehtäessä. Tietosuoja otetaan huomioon niin, ettei yksilöntietosuoja vaarannu opinnäytetyöprosessin missään vaiheessa. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että opinnäytetyön tuloksia analysoitaessa ja julkaislessa, yksittäistä henkilöä ei pystytä tunnistamaan tai jäljittämään. Haastateltavalta sekä kyselylomakkeen täyttäjiltä pyydetään lupa opinnäytetyöhön osallistumiseen, näihin osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyöhön osallistujalle tulee myös antaa riittävästi tietoa opinnäytetyön luonteesta ja tarkoituksesta. Tästä opinnäytetyöstä solmitaan kirjallinen Seinäjoen ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä koskeva sopimus työelämäyhteyden eli Kuntayhtymä Kaksineuvoisen kanssa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 5–8.)

Opinnäytetyössä kunnioitetaan muiden tutkijoiden toimintaa asianmukaisilla tekstiviittauksilla sekä lähdemerkinnöillä. Kunnia annetaan sille kuuluvalla tutkijalle, joka on asian ja ilmiön tutkinut sekä kuvannut, eikä näin ollen viedä toisen tutkimustuloksia omiin nimiin. Huolimattomalla tai piittaamattomalla toiminnalla voi aiheutua vahinkoa ja pahimmillaan kaikki tulokset mitätöityvät. Tämä opinnäytetyö tarkistetaan erillisessä Urkund-plagiaatintunnistusjärjestelmässä ennen kuin opinnäytetyö hyväksytään ja julkaistaan Theseus-järjestelmään. Opinnäytetyölle on haettu asianmukaiset tutkimusluvut ja opinnäytetyön eettisyyttä pohditaan sekä arvioidaan jatkuvasti prosessin eri vaiheissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 5–8.)

11.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen opinnäytetyön luotettavuuden kriteereinä on käytetty muun muassa seuraavia käsitteitä: uskollisuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus, varmuus, riippuvuus, vakiintuneisuus ja tutkimustilanteen arviointi. Laadullisen opinnäytetyön luotettavuuden arviointiin ei ole yksittäistä arviointimenetelmää, vaan tuloksia tulee arvioida kokonaisuutena ja suhteessa toisiin tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 162–163.)

Opinnäytetyötä lähdettiin toteuttamaan tarkan suunnitelman mukaisesti ja sitä arvioitiin säännöllisesti eri etenemisen vaiheissa opinnäytetyön luotettavuutta perustellen ja syvällisesti pohtien. Näin pyrittiin välttämään virheitä eri opinnäytetyöprosessin vaiheissa. Opinnäytetyön kyselytutkimuksen tulos varmistettiin vertaamalla toiseen tulokseen. Tuloksen varmistaminen hoidettiin haastattelemalla Kuntayhtymä kaksineuvoisen hoitotyötä tekevää hoitajaa. Haastattelu rakennetaan samojen kysymysten ja teemojen pohjalta kuin verkkokysely, joka on yksi tapa arvioida tulosten luotettavuutta. Vertaamalla näiden kahden eri menetelmän tuloksia keskenään pyrittiin saamaan mahdollisimman reliabiliteetti eli samankaltainen tulos. Reliabiliteetillä eli toistettavuudella tarkoitetaan mahdollisimman samankaltaisia tuloksen saamista ja välttämään sattumanvaraisia tuloksia, tämä mahdollistaa opinnäytetyön luotettavuuden arvioimisen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158–162.) Tämän opinnäytetyöntulokset verifioitiin, luotettavuuden varmistamiseksi ja mahdollisten sattumavaraiden tulosten poissulkemiseksi (Kananen 2017, 174–179).

Opinnäytetyössä ei tuoda tekijän omia mielipiteitä esille, tekijä käsittelee kerättyjä tietoja luottamuksellisesti ja puolueettomasti. Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida myös validiteettisesti eli vastaako opinnäytetyö siihen, mitä on luvattu eli tutkimuskysymyksiin vastaaminen. Tutkimuskysymyksiin pyrittiin tässä opinnäytetyössä vastaamaan mahdollisimman huolellisesti ja tarkasti, jonka vuoksi muun muassa opinnäytetyön verkkokysely toteutettiin opinnäytetyön tutkimuskysymyksien pohjalta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.)

LÄHTEET

- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L (toim.). 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Aro, A. 15.10.2015. Ravintokuitu. [Verkkoartikkeli]. Terveyskirjasto Duodecim. [Viitattu: 5.5.2019]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00013
- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2012. Ravitsemustiede. 4. uud. p. Helsinki: Duodecim Oy.
- Diabetesliitto. 28.11.2014. Itämeren ruokavaliota noudattavilla kapeampi vyötärö ja matalammat tulehdusarvot. [Verkkosivu]. Suomen Diabetesliitto ry. Saatavana: https://www.diabetes.fi/yhteiso/ajankohtaista/ajankohtaista_arkisto/ita-meren_ruokavaliota_noudattavilla_kapeampi_vyotaro_ja_matalammat_tulehdus-arvot.7238.news
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Saatavana: <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf>
- Jyväkorpi, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: University of Helsinki. Academic dissertation. [Viitattu: 6.4.2019]. Saatavana: Medic -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Jyväkorpi, S., Havas, A., Uurtamo, A. & Karvinen, E. 2014. Ikäihmisten liikunta ja ravitseminen: opas ohjaustyöhön. Helsinki: Ikäinstituutti 2014.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus – pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2018. MNA-ohje. [Verkkojulkaisu]. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. [Viitattu: 8.3.2019] Saatavana: <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B45F43C4E-2D87-44AB-8E53-9A6D03A9B3CD%7D/34551>
- Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. 2018. Kotihoito. [Verkkosivu]. [Viitattu: 2.2.2019]. Saatavana: <https://www.kaksineuvoinen.fi/fi/palvelut/ikaihminen-palvelut-2/kotihoito/>

L 11.5.2007/568. Kansaneläkelaki.

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista.

Larsson, J. 2015. Aliravitsemus uhkaa kotihoidon asiakkaita. [Verkkolehtiartikkeli]. Terveys ja talous 78 (5), 8–9. [Viitattu 28.1.2019]. Saatavana: <http://media.mediasepat.fi/Tt052015/#/article/8/page/1-1>.

Mäkelä, K. 2015. Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen, hoito, hoidon seuranta ja tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -työ.

Männistö, H., Hietala, U., Söderdahl, T. & Kotiranta, K. (toim.) 2014. Lisäravinteet tavoitteen mukaiseen harjoitteluun. Jyväskylä: Docendo Oy.

Miettinen, H. & Koistinen, H. 2016. Fosfaattiaineenvaihdunnan säätely ja häiriöt. Suomen lääkrilehti 71 (17), 1223–1229. Saatavana: Medic -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Nestlé Nutrition Institute. 2006. Mini nutritional assessment. [Verkkosivu]. [Viitattu: 6.5.2019]. Saatavana: <https://www.mna-elderly.com/>

Neuroliitto ry. 2015. Kognitio – Muisti pätkii, sanat hakusessa – kognitiiviset oireet MS- taudissa. 4. uud. p. Masku: Neuroliitto ry.

Nuuttinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U. & Peltola, T. 2010. Vajaaravitsemuksen riskin seulonta. Suomen Lääkrilehti 65 (44), 3605–3608.

Perttula, K., Eromäki, H., Kaukonen, R., Nissinen, K., Peltoniemi, A. & Hopia, A. 2015. Kropsua, hunajaa, ja puutarhan tuotteita – Ruokakulttuuri osana ikäihmisten hyvää elämää. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 95.

Pihlajamäki, J., Gylling, H. & Schwab, U. 2012. Vaikeasti sairaan ravitseminen. [Verkkolehtiartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim (128), 1733–1734. [Viitattu: 1.4.2019]. Saatavana: Oppiportti -palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Pitkälä, K. & Strandberg, T. 2018. Sairauksien ehkäisy kannattaa vielä vanhankin. [Verkkolehtiartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim (134), 1141–1148. [Viitattu 27.1.2019]. Saatavana: Oppiportti -palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Räihä, I. 23.4.2012. Ikääntyneen ravitsemustilan arviointi. [Verkkoartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu: 17.12.2019]. Saatavana: Oppiportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Schwab, U. & Pihlajamäki, J. 2016. Tarvitseeko terve ihminen ravintolisiä? [Verkko-lehtiartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim 132, 2329–2334. [Viitattu: 27.1.2019]. Saatavana: Oppiportti -palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sharma, Y., Miller, M. Shahi, R., Hakendorf, P., Horwood, C. & Thompson, C. 2016. Malnutrition screening in acutely unwell elderly inpatients. [Verkkojulkaisu]. British Journal of Nursing. 25 (18), 1006–1014. [Viitattu: 13.5.2019]. Saatavana: CINAHL- tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Suominen, M. & Pitkälä, K. 5.4.2016. Vanhusten ravitsemusongelmat. [Verkkoleh-tiartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu: 29.1.2019]. Saatavana: Oppiportti -palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Suominen, M. 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot – Opas ikäänty-neitä hoitavalle henkilökunnalle. 7. uud. p. Helsinki: Ravitsemusterapeuttien yh-distys.
- Suominen, M., Puranen, T. & Jyväkorpi, S. 2013. Ravitsemus muistisairaana ko-dissa: Loppuraportti. 2013. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-kausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkojulkaisu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu: 6.4.2019]. Saatavana: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 25.2.2019. Tietoa RAI -järjestelmästä. [Verkkosivu]. [Viitattu: 7.4.2019]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 26.2.2019. Terveellinen ruokavalio. [Verkkosivu]. [Viitattu: 17.3.2019]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio>
- Terveyskirjasto Duodecim. 2019a. Eikosanoidi. [Verkkosivu]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu: 17.3.2019]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00634
- Terveyskirjasto Duodecim. 2019b. Linoleenihappo. [Verkkosivu]. Duodecim Terveyskirjasto. [Viitattu: 6.4.2019]. Saatavana: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01935
- Validointi-keskustelu. 28.11.2019. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. Henkilökunnan jäsen.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN). 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy.

Voutilainen, M. 30.1.2018. Nielemisvaikeus. [Verkkolehtiartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim. Saatavana: Oppiportti -palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1. MNA-arviointilomake

Liite 2. Kyselylomakkeen saatekirje

Liite 3. Kyselylomake Kuntayhtymä Kaksineuvoisen hoitotyötä tekeville työntekijöille

Liite 1. MNA-arviointilomake

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Sukunimi:	Etunimi:			
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F Painoindeksi eli (BMI) = paino kg / (pituus m)² 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23. 3 = BMI on 23 tai enemmän .	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (välisumma maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Virheravitsemus	
Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R	
Arviointi	
G Asuuko haastateltava kotona 1 = kyllä 0 = ei	<input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>

J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit) 0 = 1 ateriat 1 = 2 ateriaa 2 = 3 ateriaa	<input type="checkbox"/>
K Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastausta 1.0 = jos 3 kyllä-vastausta	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
M Päivittäinen nesteiden juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samankäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Pohkeen ympärysmitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Arviointi (maksimi 16 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ravitsemustilan arviointiasteikko

- | | |
|------------------|--|
| 24-30 pistettä | <input type="checkbox"/> Normaali ravitsemustila |
| 17-23,5 pistettä | <input type="checkbox"/> Riski virheravitsemukselle kasvanut |
| alle 17 pistettä | <input type="checkbox"/> Virheravitsemus |

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.

Liite 2. Kyselylomakkeen saatekirje

SAATEKIRJE

23.5.2019

Hei Kotihoidon hoitotyötä tekevä työntekijä!

Opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi, jossa parhaillaan teen opinnäytetyötä ikääntyneen asiakkaan hyvän ravitsemuksen turvaamisesta kotihoidossa. Opinnäytetyössä perehdytään ikääntyneen hyvään ravitsemukseen ja aliravitsemuksen ennaltaehkäisyyn. Liitteenä olevan kyselylomakkeen avulla on tarkoitusta kartoittaa, millaisia ravitsemushoitoa tukevia menetelmiä kotihoidossa on käytössä ja millaista osaamista ravitsemustilan seurantaan ja tunnistamiseen kotihoidon työntekijöillä on?

Opinnäytetyön ja kyselylomakkeen avulla pyritään kehittämään Kuntayhtymä kaksineuvoisen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa ja ravitsemuksen seurantaa sekä aliravitsemuksen ennaltaehkäisyä. Opinnäytetyön kyselylomake toteutetaan sähköisenä kyselynä, jonka aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja aineistoa käytetään ainoastaan tässä opinnäytetyössä. Kyselylomakkeen avulla pyritään kehittämään kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoitoa ja parantamaan heidän elämänlaatuaan. Näin ollen toivon, että löydät noin 10 - 15 minuuttia aikaa kyselyyn vastaamiseen. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtori Tanja Hautala ja opettaja Kristiina Raitanen.

Mikäli haluat lisätietoja opinnäytetyöhön liittyen, voit olla yhteydessä opinnäytetyön tekijään sähköpostitse kristiina.salonen@seamk.fi. Vastaan mielelläni opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin.

Vastausaikaa on 09.06.2019 asti.

Kristiina Salonen

Sairaanhoitajaopiskelija

Liite 3. Kyselylomake Kuntayhtymä Kaksineuvoisen hoitotyötä tekeville työntekijöille.

Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan hyvän ravitsemuksen turvaaminen

1. Mikä on koulutustaustasi?

- ☐ Perushoitaja
- ☐ Lähihoitaja
- ☐ Sairaanhoidaja
- ☐ Terveystenhoitaja
- ☐ Muu, mikä? _____

2. Kauanko valmistumisestasi on?

- ☐ 0 - 5 vuotta
- ☐ 6 - 10 vuotta
- ☐ 11 - 15 vuotta
- ☐ 16 - 25 vuotta
- ☐ Yli 26 vuotta

3. Saitko koulutuksesi aikana ravitsemukseen liittyvää tietoa? Jos vastasit kyllä, kertoisitko millaista?

- ☐ Kyllä _____
- ☐ Ei

4. Oletko saanut valmistumisesi jälkeen täydentävää koulutusta ravitsemushoitoon liittyen? Jos vastaat En ole saanut, olisitko tarvinnut/halunnut?

- ☐ Kyllä, 0 - 3 vuotta sitten
- ☐ Kyllä, 4 - 9 vuotta sitten
- ☐ Kyllä, yli 10 vuotta sitten
- ☐ En ole saanut _____
- ☐ En osaa sanoa

5. Millaisia menetelmiä ja kuinka usein olet käyttänyt ikääntyneen ravitsemustilan arvioimisessa? Voit valita useita vaihtoehtoja (esim. MNA-menetelmä viikoittain käytössä).

- ☐ MNA -menetelmä (Mini nutritional assessment) _____
- ☐ Moniammatillista työskentelyä (esim. fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, lääkäri)

- ☐ Asiakkaiden säännöllinen punnitus _____
- ☐ Asiakkaiden havainnointi _____
- ☐ Asiakkaan ohjaus ravitsemushoidossa _____
- ☐ Asiakkaista otettavat laboratoriokokeet _____
- ☐ Ruokapäiväkirjaa _____
- ☐ Ravitsemuksen seurantalomaketta _____
- ☐ En mitään _____
- ☐ Muu mikä? _____

6. Millaisia keinoja ja kuinka usein olet käyttänyt ikääntyneen ravitsemuksen edistämiseksi? Voit valita useita vaihtoehtoja. (Esim. energiapitoisemman ruuan tarjoilua viikoittain).

- ☐ Energiapitoisemman ruuan tarjoilu _____
- ☐ Ravintovalmisteiden käyttäminen _____
- ☐ Proteiinin lisäys ravintoon _____
- ☐ Lisäravinteiden lisäys ravintoon _____
- ☐ Ravitsemusterapeutin konsultaatio / yhteistyö _____
- ☐ Moniammatillinen yhteistyö (esim. lääkäri, hammaslääkäri, fysioterapeutin)

- ☐ Ruokapäiväkirjan käyttö / ravitsemuksen seurantalomake _____
- ☐ Ravitsemussuositusten käyttäminen _____
- ☐ Ravitsemushoidon kirjaaminen _____
- ☐ Ravitsemushoidon ohjaus _____
- ☐ En mitään näistä _____
- ☐ Muu mitä? _____

7. Millaiseksi arvioit ikääntyneiden ravitsemustilanteen alueesi kotihoidon asiakkailla, ja miksi?

8. Mitkä tekijät mielestäsi edesauttavat parhaiten ikääntyneen hyvän ravitsemuksen turvaamista, ja miksi?

9. Mitkä tekijät mielestäsi heikentävät eniten ikääntyneen hyvän ravitsemuksen toteuttamista ja miksi?

10. Haluatko sanoa vielä jotakin ikäihmisen ravitsemukseen liittyvää?

11. Millaiseksi koit ikääntyneen ravitsemushoitoa koskevan kyselyn?
